

様式第10号（第20条関係）

**社会福祉法人等による利用者負担軽減制度  
事業変更（中止・廃止）承認申請書**

第 号

年 月 日

（あて先） 仙 台 市 長

所在地

申請者 名 称

代表者 印

（介護保険事業所番号 事業所名）

年 月 日付け仙台市（健保介）指令第 号で補助金の交付決定を受けた社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業について、下記のとおり事業を変更（中止・廃止）したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1. 変更（中止・廃止）の理由

2. 変更（中止・廃止）の内容

3. 添付書類

- ・社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金変更事業計画書（別紙1）