様式第４号

仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業変更・中止・廃止承認申請書

年　　月　　日

　仙台市長　あて

申請者の住所又は所在地

申請者の氏名又は名称

印

〇〇年〇〇月〇〇日付仙台市〇〇指令第〇号で交付の決定の通知がありました標記の補助金について、下記のとおり変更・中止・廃止したいので、仙台市補助金等交付規則第５条第１項第２号及び仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業補助金交付要綱第９条第２項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　補助事業の名称 仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業

２　変更・中止・廃止の内容

* ①事業の補助金額を 円に変更すること
* ②事業の中止 　　　　　年　　　月　　　日から

 　　　　　年　　　月　　　日まで（中止の期間）

* ③事業の廃止　　　　　　　　年　　　月　　　日　　（廃止の時期）
* ④その他

３　変更・中止・廃止の理由

 例：ＰＣＲ検査の実施件数が確定したため。