第４号様式（第８条関係）

小野町介護資格取得費用助成金交付決定取消願書

小野町長　様

介護資格取得費用助成金の交付決定を受けましたが、下記の理由により、交付決定を取り消し願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | ㊞ | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　 日中連絡がとれる電話番号 | | |
| 学校名・クラス名 |  | 担任氏名 |  |
| 保護者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | ㊞ | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　 日中連絡がとれる電話番号 | | |

※保護者欄は、申請者が高校生等の場合のみご記入ください。

|  |
| --- |
| 交付決定取消願の理由   * 研修の受講を取りやめるため * 申請した年度内に研修を修了する見込みがなくなったため * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

以下高等学校等在学生の方のみ学校長が記入

|  |
| --- |
| 上記の者が、交付決定取消願を届け出ることを確認しました。  （学校長記名捺印欄）　学校名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |