

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長 様

住 所

氏 名

印

(連絡先電話番号 : - -)

令和 8 年度生活援助従事者研修受講費用助成金申請取消届

私は、令和 年 月 日付文書により上記研修の助成金支給が決定していましたが、一身上の都合により受講を中止することになりましたので報告します。

○生活援助従事者研修における中止について

指定事業者名	
中止の理由	

○添付資料

- ア 運転免許証又は住民票等の写し（本人確認ができる資料等）
- イ 生活援助従事者研修受講料の金額が分かる客観的な資料（受講料が明記された指定事業者のパンフレット、チラシ等）