様式第６号（第９条関係）

高砂市中小事業者キャッシュレス・ＤＸ化支援事業補助金

中止（廃止）承認申請書

 　　　　　 第 号

 　　 　 　　　　年 月 日

 高砂市長 様

 　　　　　住所又は所在地

 　　　　　氏名又は名称

 　　　　　代表者職氏名

 　　　　　電　　話　（　　　）　 －

 　　　　　電子メール

 　　年　　月　　日付　第　　　　号で交付決定のあった高砂市中小事業者キャッシュレス・ＤＸ化支援補助金に係る事業については、下記のとおり中止（廃止）したいので、承認願いたく、高砂市中小事業者キャッシュレス・ＤＸ化支援事業補助金交付要綱第９条第１項の規定により、申請します。

記

１　中止（廃止）の理由

２　廃止予定年月日　　　　年　 月　 日

 中止予定期間　　　　年　 月 　 日から 　 年　 月　 日まで