

様式第4号

難病患者団体活動支援助成金 事業中止届

令和 年 月 日

宮城県難病相談支援センター 管理責任者 様

団体の所在地

団体の名称

代表者氏名

電話番号

令和 年 月 日付けで交付決定通知のありました、難病患者団体活動支援助成金について、事業を中止しましたので届け出ます。

記

- 1 事業の名称
- 2 中止の理由