様式第４号（第11条関係）

仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付申請取下書

年　　月　　日

（あて先）仙台市長

申請者の所在地

申請者の名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日付け仙台市　　　指令第　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、下記のとおり仙台市補助金等交付規則第7条及び仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付要綱第11条の規定により、申請を取り下げます。

記

１　補助決定額

２　申請年月日

３　取下の理由