

(様式第 16 号)

年 (年) 月 日

豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金事業者登録取消申込書

豊 中 市 長

申込者

事業者名

担当者名

電話番号

豊中市身寄りのない高齢者支援事業の事業者登録の取消しについて、以下のとおり届け出ます。

登録事業者	事業者名	
	所 在 地	
	代表者名	
取消理由		