第8号様式（第10条関係）

　　　　　年 月 日

　（宛先）桜井市長

住　　所

名　　称

代表者の役職・氏名

署名又は記名押印

※法人の場合は、記名押印してください。

桜井市事業承継事業計画認定事業の中止（廃止）承認申請書

　年　月　日付　　第　　号で計画認定を受けた事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、桜井市事業承継支援補助金交付要綱第10条の規定により申請します。

記

1.中止（廃止）の理由

2.認定事業の中止の期間（廃止の時期）