様式第３号（第９条関係）

　　　　　第　　号

年　　月　　日

　　　　山都町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

住　　　　　　所

事業者（法人）名　　　　　　　　　印

代表者役職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人の申請の場合、住所氏名のみ）

介護職員等研修受講支援事業補助金交付請求書

　　　年　　　月　　　日付け決定及び確定の通知を受けた介護職員等研修受講支援事業について、次のとおり請求します。

請求額　　　金　　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名義 |  |
| カナ名義 |  |
| 金融機関名及び支店名 | 銀　行　信用金庫農　協　 | 支　店出張所支　所 |
| 口座種目及び口座番号 | 普通当座 |  |