様式第５号（第６条関係）

介護職員養成研修費用助成事業補助金請求書

年　　　月　　　日

赤　穂　市　長　　宛

請 求 者　〒　　　　－

住　　所

氏　　名

電話番号

　　年　　月　　日付け　　　第　　　号により決定を受けた補助金について、赤穂市介護職員養成研修費用助成事業補助金交付要綱第６条の規定により、下記とおり請求します。

記

１　請求金額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | 銀行・信用組合  金庫・農協 | | | | | 金融機関  コード |  |  | |  | |  |
| 支店名 |  | | | 本店・支店  ・出張所 | | | | | 店舗コード |  | |  | |  | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  |  |  | 口座種別 | 普通・当座 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | | | |