

様式第3号（第6条関係）

古座川町介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付請求書

年 月 日

古座川町長 様

(請求者) 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

年 月 日付け第 _____ 号により交付決定された補助金について、古座川町介護職員初任者研修受講支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額	円	
金融機関の名称		支店 支所
口 座 種 別	1 普通預金	2 当座預金
口 座 番 号		
フリガナ		
口 座 名 義 人		

※振込口座は、請求者（交付決定者）の口座とする。