

様式第3号（第8条関係）

介護職員初任者研修等受講者支援事業助成金請求書

年 月 日

新温泉町長 様

(〒 -)

住 所 _____

ふりがな _____

請求者 氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

年 月 日付け 第 号で交付決定通知があった新温泉町介護職員初任者研修等受講者支援事業助成金について、次のとおり請求します。

記

助成金請求額 金 _____ 円

<振込口座>

ゆの うちよ 銀行 以外	銀行 信用金庫 信用組合 農協 信漁連	本店 支店 支所 出張所	預金種目	1 普通 2 当座	
			口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ		
			口座名義人		
ゆうちょ銀行	記 号	番 号	フリガナ		
			口座名義人		