様式第３号（第７条関係）

介護人材採用・定着支援補助金交付請求書

　年　　月　　日

安来市長 様

（申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

（記名押印又は署名）

年　　月　　日付け指令　　第　　号で決定のあった安来市介護人材採用・定着支援補助金について、安来市介護人材採用・定着支援補助金交付要綱第７条の規定により下記のとおり請求します。

記

１　補助金交付請求額　　金　　　　　　　円

２　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | | |
| 支店名 | 本店・本所・支店・支所・出張所・代理店 | | | | | | | |
| 預金種目 | １　普通　　　２　当座　　　３その他（　　　　　　） | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |