様式第６号（第９条関係）

介護職員研修受講支援事業補助金請求書

令和　　年　　月　　日

天草市長　　　　　　様

住　所

申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話

令和　　年　　月　　日付け天高第　　　　号で確定通知のあったこのことについて、天草市介護職員研修受講支援事業補助金交付要領第９条第２項の規定により、下記のとおり交付くださるよう請求します。

記

請求額　　金　５０，０００ 円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求内訳 | 交付確定(決定)額 | ５０，０００ 円 |
| 既受領額 | ０ 円 |
| 今回請求額 | ５０，０００ 円 |
| 口座振替先 | 金融機関及び支店名 | 　 |
| 口座種別 | 　１普通　　　２当座 |
| 口座番号 | 　 |
| 口座名義 | 　フリガナ |

（備考）

１　振替口座は、本人又は保護者名義に限ります。

２　通帳のコピーを添付してください。