様式第６号（第９条関係）

**記入例**

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

㊞

点線枠内のみご記入ください。

押印は、申請書・実績報告書と同じ印でお願いします。

住　所　天草市東浜町8-1

申請者　氏　名　天草　太郎

電話　0969-23-1111

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 | 　天草信用金庫　中央支店 |
| 口座種別 | 　１普通　　　２当座 |
| 口座番号 | 　１２３４５６７ |
| 口座名義 | 　フリガナ　　アマクサ　タロウ　　　　　天草　太郎 |

（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。