様式第３号（第６関係）

請　　求　　書

金　　　　　　　　　　　　円

ただし、　　年　　月　　日付け　　第　　号により補助金の交付の決定（確定）を受けた川根本町介護職員研修等補助金として、上記のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

川根本町長　　　　様

住　所

氏　名

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 銀行信金　　　　　支店組合 |
| 口座種別 | 普通・当座・別段・その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（フリガナ） |  |

発行者責任者及び担当者

・発行責任者：　　　　　　　　　　連絡先：　　　　-　　-

・事務担当者：　　　　　　　　　　連絡先：　　　　-　　-

※責任者及び担当者名はフルネームを記入してください。また、連絡先は日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。