様式第５号（第８条関係）

介護職員初任者研修及び実務者研修支援助成金交付請求書

　年　　　月　　　日

大玉村長

（請求者）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日付け大玉村指令第　　　　号により交付決定通知があった大玉村介護職員初任者研修及び実務者研修支援助成金について、下記のとおり請求します。

記

　　１　助成金請求額　　　　　　　金　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | |
| 支店名 | 普通 ・ 当座 ・ その他  口座番号 |
|  | |

* 金融機関名、支店名、預金の種類、口座番号、口座名義人が確認できるよう、通帳の写しを添付してください。
* インターネット銀行の口座を指定される場合、通帳の代わりにキャッシュカードの写しを添付してください。
* 振込は支払額全額となります。一部のみの振込の取り扱いはできません。