様式第３号（第８条関係）

年　　月　　日

十日町市長　様

申請者　所在地

法人名

代表者職氏名

電話番号

十日町市介護職員等人材紹介採用支援補助金交付請求書

年　　月　　日付け　　第　　号で十日町市介護職員等人材紹介採用支援補助金交付決定兼確定通知を受けたので、十日町市介護職員等人材紹介採用支援補助金交付要綱第８条第１項の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　金　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  農　　協  労働金庫  信用組合 | 本　店  支　店  本　所  支　所  出張所 |
| 預金種別 | １　普通　　２　当座 | |
| 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義 |  | |