様式第5号（第7条関係）

介護職員等確保支援助成金請求書

年　　月　　日

海　陽　町　長　　様

申請者 住　所

氏　名

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 右の金額を請求します。 | 請求  金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 摘　　　　　　要 | | |
| 助成事業名 | | 海陽町介護職員等確保支援助成事業 |
| 助成指令金額 | |  |
| 助成指令年月日 | | 令和　　年　　月　　日 |
| 助成指令番号 | | 長福人指令第　　号 |
| 助成額 | 既受領額 |  |
| 今回請求額 |  |
| 残額 |  |
| 請求区分 | | １ 精算　　２ 概算　　３ 前金 |

|  |
| --- |
| 口座振込先  金融機関名（　　　　　　　　　　）店舗名（　　　　　　　　　）  預金種別（１ 普通　　２ 当座　　３ その他）  口座番号（　　　　　　　　　　　　　）  口座名義（カタカナ書き）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |