様式第６号（第９条関係）

佐倉市介護人材資格取得等支援事業補助金交付請求書

年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

請求者　住所（所在地）

氏名（団体名）

　　（代表者名）

電話

　　　年　　月　　日付け　　　第　　　　号で決定があった佐倉市介護人材資格取得等支援事業補助金について、佐倉市補助金等の交付に関する規則第１６条第１項の規定により、次のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 振込希望金融機関 | 銀行　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　支店  　　　　　　　　信用組合　　　　　　　　支所  　　　　　　　　農業協同組合　　　　　　出張所 |
| 口座種別 | 普通　　　・　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |