様式第４号（第８条関係）

年　　　月　　　日

美郷町長　様

（請求者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

連絡先

美郷町介護支援専門員等法定研修支援補助金請求書

美郷町介護支援専門員等法定研修支援補助金について、下記のとおり請求します。

記

１．請求額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２．振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 本店・支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座　・　（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義人 |  |