様式第３号（第７条関係）

南伊豆町介護職員研修受講支援事業補助金交付請求書

年　月　日

　南伊豆町長　様

（請求者）住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　　　　年　月　日付け南伊豆町指令第　号により交付決定された南伊豆町介護職員研修受講支援事業補助金について、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |
| 金融機関名 |  | 支　店支　所出張所 |
| 口座種別 | １　普通　　　　２　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　※振込口座は、請求者本人の口座とする。