様式第９号（第１１条関係）

日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金請求書

年　　月　　日

　日野町長　様

【請求者】

住　　所

氏　　名

電話番号

※自署の場合、押印不要

　　　　年　　月　　日付　　　　第　　　号で確定通知のあった　　　年度日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金について、日野町生きいき働く医療・介護人材支援事業補助金交付要綱第１１条の規定により請求します。

記

【請求金額】

|  |  |
| --- | --- |
| 交付決定額 | 円 |

【補助金の振込先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | |
| 本店支店名 |  | | |
| 口座の種類 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | （フリガナ） | | |
|  | | |