

様式第3号（第6条関係）

えびの市介護職員初任者研修受講料助成金請求書

令和 年 月 日

（宛先） えびの市長

請求者  
住所  
氏名  
電話番号

印

えびの市介護職員初任者研修受講料助成金について、えびの市介護職員初任者研修受講料助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

振込先金融機関			
金融機関名	本・支店等名	種別	口座番号
銀行 信用金庫 労働金庫 農業協同組合	本店 支店 支所 出張所	普通・当座	
口座名義人氏名			