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　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

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 |  |