様式第３号(第８条関係)

東伊豆町介護人材育成支援事業補助金交付請求書

年　　月　　日

東伊豆町長　　　　　　様

請求者　住所

氏名

連絡先

　　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号により交付決定された東伊豆町介護人材育成支援事業補助金について、次のとおり請求します。

１　請求額　　　　　　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 本・支店 |  |
| 種　　別 | 普通　　　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  | | |
| 口座名義 |  | | |

※振込口座は、請求者本人の口座とする。