様式第９号（第１８条関係）

下関市介護サービス事業所人材確保支援事業補助金

交付請求書

年　　月　　日

（宛先）下関市長

　　　　　　　　 申請者 所在地

名　称

代表者の職・氏名

電話番号

　　　 年 　月 　日付け　　　第　　　号で交付額の確定を受けた下関市介護サービス事業所人材確保支援事業補助金について、下関市介護サービス事業所人材確保支援事業補助金交付要綱第１８条の規定により、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 補助年度 | 年度 | | | | | | | | | |
| ２ 既交付確定額 | 円 | | | | | | | | | |
| ３ 請求金額 | 円 | | | | | | | | | |
| ４ 振込先 | 金　融  機関名 |  | | | 銀行  金庫 | |  | | | 本店  支店  支所 |
| 預金の  種　類 | 普　通　・　当　座　（該当を○で囲む。） | | | | | | | | |
| 口　座  番　号 |  |  |  | |  | |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | |
| 口　座  名義人 |  | | | | | | | | |

（注意）

　※　口座名義は、補助事業者（申請者）と同一人としてください。

　※　振込先の口座が確認できる書類（通帳の写し等）を添付してください。