

様式第 3 号(第 8 条関係)

年 月 日

都 留 市 長 様

申請者 事業所住所
事業者名
代表者氏名 ⑩
(従業員の場合は従業員名)

都留市介護人材確保支援事業補助金交付請求書

年 月 日付け 指令第 号で交付決定のあった都留市
介護人材確保支援事業補助金について、下記のとおり請求します。

記

請求額 円

振込口座

金融機関名	(銀行・信金・信組・農協等)			(本店・支店・営業所等)
支店名				
種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				