

様式第 3 号（第 9 条関係）

西尾市介護職員初任者研修受講料補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）西尾市長

報告者（補助対象者）

住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けました西尾市介護職員初任者研修受講料補助金について、西尾市介護職員初任者研修受講料補助金交付要綱第 9 条第 1 項の規定により、下記のとおり請求します。

1 補助金請求額 金 円

2 振込口座

金融機関名		店 名	
種 目		口座番号	
（フリガナ） 口座名義人			

※口座名義人は、報告者（補助対象者）本人に限ります。