

様式第3号（第9条関係）

西尾市介護保険関係研修受講料等補助金交付請求書

金	円
---	---

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けました西尾市介護保険関係研修受講料等補助金について、西尾市介護保険関係研修受講料等補助金交付要綱第9条第1項の規定により、上記の金額を請求します。

年 月 日

(宛先) 西尾市長

所在地

事業所名

管理者名

口座振込先	フリガナ 口座名義人	
	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農業協同組合
	支店名	本店・支店
	口座番号	普通・当座 (No.)

※請求者と口座名義が異なる場合は、委任状を添付してください。