

宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助金交付請求書

令和 年 月 日

宗 像 市 長 宛

(申請者)

法人所在地：

法人名：

代表者職名・氏名：

印

令和 年 月 日付 7 宗福第 号で補助金の交付額の確定のあった令和 7 年度宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助金について、次のとおり請求します。

補 助 事 業 の 名 称	☐ 障害福祉人材確保事業	☐ 障害福祉人材定着事業
	※実績を報告するいずれかの事業の□にチェックを入れてください。	
交 付 決 定 額	円	
補助対象経費精算額	円	

振込口座情報

金融機関 名 称	銀行 農協 信組 信金 漁協 ()				支店名	本店 支店 出張所 店 ()				種別	普通 当座 その他				
金融機関 コ ー ド					支 店 コード				口座番号 (右詰め)						
名義人 カ ナ															
名義人 名 称															