

令和 7 年 12 月 27 日

(申請者)

法人所在地：福岡県宗像市東郷一丁目1番1号

法人名： 社会福祉法人〇×福祉会

代表者職名・氏名： 理事長 宗像 花子



令和〇年〇〇月〇〇日付 7宗福第〇〇〇〇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	300,000	円
補助対象経費精算額	290,000	円

金融機関 名称	宗像				銀行		農協				東郷		本店		支店				普通	
					信組		信金		支店名		出張所		店		種別		当座		その他	
					漁協 ()						()									
金融機関 コード	0	9	4	0	支店 コード		1	1	1	口座番号 (右詰め)		1	2	3	4	5	6	7		
名義人 カナ	フ	ク	)	○	×	フ	ク	シ	カ	イ										
名義人 名称	社会福祉法人○×福祉会 理事長 宗像 花子																			