

宗像市介護人材確保・定着事業補助金交付請求書

令和 年 月 日

(宛先) 宗像市長

[申請者] 所在地:

法人名:

代表者職・氏名:

担当者氏名:

電話番号:

令和 年 月 日付け8宗介第 号で補助金の交付額の確定のあった令和8年度宗像市介護人材確保・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	○ 介護人材確保事業 ○ 介護人材定着事業 ※該当する事業のどちらかの○を黒塗り(●)又はチェックしてください
交付確定金額	円
交付請求金額	円
添付書類	・振込先口座の通帳の写し

振込口座情報

金融機関 名称	銀行 農協			支店名	本店 支店			種別	普通 当座 その他
	信組	信金	漁協()		出張所	店	()		
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									