

第 5 号様式（第 8 条関係）

請 求 書

一 金	円
-----	---

ただし、 年 月 日付け 第 号の決定通知書に基づく中種子町介護支援専門
員等研修受講費補助金として

上記のとおり請求します。

年 月 日

住 所

氏 名



中種子町長 殿

【振込希望口座】

フリガナ			
口座名義人			
金融機関名	本店・支店等名	口座種別	口座番号

※ 申請者本人名義のものに限る。