様式第8号(第15条関係)

年　　月　　日

猪名川町長　様

団体等名称

代表者住所

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

補助金等交付請求書

　猪名川町訪問看護師・訪問介護職員安全確保・離職防止対策事業助成金交付要綱第13条の規定により、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金等の名称 | 猪名川町訪問看護師・訪問介護職員安全確保・離職防止対策事業助成金 |
| 交付決定日及び番号 | 年　　月　　日付猪保第　　　　号 |
| 交付決定額 | 円　　 |
| 交付請求額 | 円 |

猪名川町訪問看護師・訪問介護職員安全確保・離職防止対策事業助成金を以下まで振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 　　　　　　　銀行　　　　　　　信用金庫　　　　　　　信用組合 | 　　　　　　本店　　　　　　支店　　　　　　出張所 | 普通・当座・別段その他（　　　　） |
| 金融機コード | 支店コード | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |