

(申請者)

法人名：

代表者職・氏名：

担当者氏名 :

担当者連絡先 :

年 月 日付け 第 号で交付決定通知を受けた宇部市介護人材確保紹介手数料等補助金について、宇部市介護人材確保紹介手数料等補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 補助金交付決定額 円

雇用者氏名

2 請求額 円

3 振込先金融機関

金融機関	☐ 銀行 ☐ 支店 ☐ 信用金庫 ☐ 支所 ☐ 協同組合 ☐
預金種別	☐ 普通預金 ☐ 当座預金 ☐ ()
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義人	