

様式第 6 号（第 5 条関係）

年 月 日

宇部市長 様

申請者 氏
住所
氏名
生年月日 年 月 日
連絡先電話番号

宇部市介護職員資格取得等促進助成金請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定通知を受けた宇部市介護職員資格取得等促進助成金について、宇部市介護職員資格取得等促進助成金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり請求します。

記

金 額	円	
振込先	金融機関名	
	支店名	
	口座番号	どちらかに○ (口座番号) 普通 ・ 当座
	口座名義 (カタカナ)	

※振込先は、申請者本人名義の口座に限ります。
※口座情報が確認できるもの（通帳やキャッシュカードの写しなど）を添付してください。

請求者 本人 連絡先 同上