

鯖江市長 殿

所在地 \_\_\_\_\_  
 名称 \_\_\_\_\_  
 代表者氏名 \_\_\_\_\_  
 (TEL - )

鯖江市介護短時間勤務等支援事業助成金請求書

令和 年 月 日付け鯖江市指令商第 号で交付決定のあった鯖江市  
介護短時間勤務等支援事業助成金として下記金額を請求します。

記

1 鯖江市介護短時間勤務等支援事業助成金請求額

\_\_\_\_\_ 円

2 口座を有する金融機関の名称等

	口座番号	普・当
本店	ス.....リ.....ガ.....ナ	.....
支店	口座名義人	_____

備考 鯖江市介護短時間勤務等支援事業助成金交付決定通知書の写しを添付すること。

発行責任者 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

※発行責任者、担当者、連絡先の記入があれば請求印を省略することができます。