様式第２号

大泉町介護従事者等宿泊費用助成金交付請求書

年　　月　　日

大泉町長　殿

請求者所在地
事業所名
請求者氏名

大泉町介護従事者等宿泊費用助成金交付要項の規定に基づき、次のとおり請求します。

記

１　請求金額

							円

２　振込先

金融機関名	金融機関コード(　　)	支店名	支店コード(　　)
預金種別 ※いずれかに○	普通　・　当座	口座番号 ※右詰めで記入	
(フリガナ)			
口座名義			