

様式第 3 号

年 月 日

大泉町長 様

住 所

事業所名

代表者名

電話番号

大泉町中小企業雇用調整助成金請求書

年 月 日付にて交付決定を受けた大泉町中小企業雇用調整助成金を下記のとおり請求します。

記

助成金交付請求額 金 _____ 円

振込先

金融機関名		支 店 名	
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			