

第 6 号 様 式 （ 第 9 条 ）

介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付請求書

年 月 日

（あて先）印西市長

金 円

印西市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金として、上記金額を請求します。

請求者	(郵便番号 ー)	
	(電話番号 ー ー)	
	氏 名	印

振込先	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店 本店 出張所
	口座種別 普通・当座	口座番号
	口座名義人 フリガナ	

＊振込ミスを防止する為、通帳の写し（表表紙及び1ページ目）を提出してください。