様式４

請　　　　求　　　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　円也

「山梨県介護職員初任者研修受講費助成事業」助成金として、上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

山梨県社会福祉協議会会長　　殿

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

なお支払いの際は、下記口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種　目 | 口　座　番　号 |
|  |  |
| １　普　通２　当　座３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 支店コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・種目・口座番号をご記入ください。