様式第８号（第10条関係）

福祉・介護職員処遇改善補助金請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一　金 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

ただし、　　　　年　　月　　日付け指令　 第　　号をもって、確定通知のあった補助金として

隠岐の島町福祉・介護職員処遇改善補助金交付要綱第10条の規定により、上記のとおり請求します。

　　　　　年　　　月　　　日

隠岐の島町長　　　　　様

住　　　所

法人名等

代表者氏名　 　　　　　　　　　㊞

補助金の交付については、下記への口座振替を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名等 | 本店・本所・支店・支所・出張所・代理店 |
| 預金種目 | 1　普通　　2　当座　　3　その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |
| 　 |