

第4号様式

年 月 日

国立市介護職員初任者研修受講費助成金残額交付請求書

国立市長 殿

請求者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

介護施設において1年以上就業を継続したので、下記の口座に助成金残額  
円を振り込んで交付することを請求します。

記

金融機関名		支店名							
預金種別	普通 その他 ( )	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

\* 請求者と同一の者を口座名義人とする口座を記入してください。