

様式第4号

【請求者が法人の場合】

柏市〇××-□-△
 社会福祉法人 柏〇〇会
 理事長 柏 太郎

〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長

請求者 法人所在地 柏市××〇-△-□
 法人名 特別養護老人ホーム××
 代表者職・氏名 施設長 柏 花子 (印)

柏市介護職員喀痰吸引等研修受講料等助成金交付請求書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日付け柏健高第 〇〇 号で交付決定及び額の確定の通知のあった令和 〇〇 年度柏市介護職員喀痰吸引等研修受講料等助成金について下記のとおり

交付決定通知書に記載された年月日及び番号をご記入ください

1 請求額 〇〇〇〇〇 円

交付決定通知書に記載された額をご記入ください

2 振込先

金融機関名	〇〇		銀行 信金 信組	××					本店 支店 出張所
種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号	△	△	△	△	△	△	△
フリガナ	シャカイフクシハウジン カシワマルマルカイ								
口座名義人	社会福祉法人 柏〇〇会								

請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状の記入が必要となります。

委任状

令和〇〇年〇〇月〇〇日

請求者

法人住所地 柏市××〇-△-□
 法人名 特別養護老人ホーム××
 代表者職・氏名 施設長 柏 花子 (印)

下記の者を代理人として定め、柏市介護職員喀痰吸引等研修受講料等助成金の受領に関する権限を委任したいので届けます。

代理人（請求者との関係： 運営法人 ）

住所 柏市〇××-□-△

氏名 社会福祉法人 柏〇〇会

理事長 柏 太郎

※請求者と口座名義人が違う場合は、上記の委任状を記入してください。