

※日付は空欄にして提出してください。

柏市長 太田和美 あて

請求者 法人所在地 柏市○○○○
法人名 ▲▲▲▲
代表者職・氏名 ■■ ■■ 印

柏市障害福祉職員喀痰吸引等研修受講料等助成金交付請求書

令和○年○月○○日付け柏祉障第○○○号で交付決定及び額の確定の通知のあった令和○年度柏市障害福祉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請求します。

記

1 請求額 ○○, ○○○ 円

2 振込先

金融機関名	○○○○	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	■■ ■■			
口座名義人	○○ ○○			

委任状

令和 年 月 日

柏市長 あて

請求者 法人住所地
法人名
代表者職・氏名 印

下記の者を代理人として定め、柏市障害福祉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）

住所

氏名

※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。