

様式第 6 号（第 7 条関係）

年 月 日

長久手市長 殿

請求者 住 所
氏 名 印
電話番号

長久手市介護職員初任者研修等受講料助成金請求書

長久手市介護職員初任者研修等受講料助成金を下記のとおり請求します。

記

請求額 円

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協 支店
	口座番号	(普通・当座)
	口座名義人	(カタカナ)