

様式第5号(第9条関係)

令和 年 月 日

佐賀県知事 様

交付対象者

住所

氏名(法人の場合は名称及び代表者名)

印

令和 年度佐賀県介護員養成研修受講支援補助金交付請求書

令和 年 月 日付 第 号で交付決定及び額の確定の通知があった令和
年度佐賀県介護員養成研修受講支援補助金として、下記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交
付規則及び佐賀県介護員養成研修受講支援補助金交付要綱の規定により請求します。

記

請 求 額 金 円

(振込先)

金融機関名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
名義(カタカナ)	

この様式に記載された個人情報は、佐賀県介護員養成研修受講支援補助金交付事務の目的を達成するために使
用します。