　　　　年度熊本県児童福祉施設等産休等代替職員費補助金交付請求書

　　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で確定の通知があった　　　　年度熊本県児童福祉施設等産休等代替職員費補助金として、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第１６条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第１１条の規定により請求します。

　　　　　　年　　　月　　　日

請求者住所 〒

（法人の所在地）

法人名

代表者職氏名

施設住所

施設種別

施設名

　熊本県知事　　　　　　　　　　様

記

　請求額　金　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座振替払 | 金融機関名 | 銀行　　　　支店 |
| 預金種目 | １　普通　　２　当座 |
| 口座番号 |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義 |  |
| ※口座名義人と請求者は同一であること。  同一でない場合は委任状を添付すること。 | | |

※押印を省略する場合

|  |
| --- |
| 書類発行責任者氏名：　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号） |
| 担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号） |