別記第１号様式（第３条関係）

|  |
| --- |
| 番　　　　　号  　　年　　月　　日  　熊本県知事　　　　　　　　様  　 事業者（法人）住所  （申請者）  　 事業者（法人）名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名  　年度熊本県障がい福祉従事者研修受講促進事業補助金交付申請書  　　　年度において、熊本県障がい福祉従事者研修受講促進事業を実施したいので、金　　　　円を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第３条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第３条の規定により関係書類を添えて申請します。  添付書類  １　事業計画書  ２　所要額調書  ３　収支予算書 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類提出方法 | 紙・電子メール・ファクシミリ | | |
| 書類発行責任者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |

※申請者の押印を省略する場合