別記第９号様式（第１１条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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請求書  　　　年　　月　　日付け　第　　　号で確定の通知があった熊本県障がい福祉従事者研修受講促進事業として、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条の規定により請求します。  記  請求額　　金　　　　　　　円 | | | | |
|  | １　　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 |  |
| 口座名義 |  |
| ２　　直　　　　　接　　　　　払 | | |
| ３　　送　　　　　金　　　　　払 | | |
| 年　　月　　日  　 事業者（法人）住所  （補助事業者）  　 事業者（法人）名    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名  熊本県知事　　　　　　　　様 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

※押印を省略する場合