

第3号様式（第9条関係）

二宮町介護職員就労支援給付金交付請求書

年 月 日

二宮町長 様

請求者 住 所
氏 名
電話番号 ()

年 月 日付けで交付決定を受けた給付金について、交付請求しますので、次の口座に振込してください。

請求金額 50,000円

振込先	金融機関名	
	支 店 名	
	フリガナ	
	口座名義	
	種 別	☐ 普通 ☐ 当座
	口座番号	