

年 月 日

(宛先) 五城目町長

介護資格取得支援事業費補助金請求書

介護資格取得支援事業費補助金の申請について、五城目町介護資格取得支援事業費補助金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり請求します。

請求者	住所	〒						
	フリガナ 氏名							
	電話番号	— —						
請求金額		円						
振込先	金融機関名							
	支店名							
	口座種目	普通 ・ 当座						
	口座番号							(右詰)
	フリガナ 口座名義人							

※請求者欄の氏名は、介護従事者資格取得支援事業費補助金交付申請書の申請者と同一である必要があります。

※請求者と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状（裏面）が必要です。

年 月 日

(宛先) 五城目町長

## 委任状

委任者 (請求者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、介護資格取得支援事業費補助金の受領を  
次の者に委任します。

受任者 (振込先)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_

※委任者の自署で記入すること。