

様式第11号（第8条関係）

障害者（児）喀痰吸引等研修費補助金交付請求書

年 月 日

島本町長 様

請求者（事業所又は運営法人の代表者）  
法人名  
事業所名  
住 所  
氏 名

印

年 月 日付けで確定通知のあった島本町障害者（児）喀痰吸引等研修費補助金について、島本町障害者（児）喀痰吸引等研修費補助金交付要綱第8条第3項の規定により請求します。

請 求 金 額	金							円
---------	---	--	--	--	--	--	--	---

補助金の振込先

振込先 金融機関	銀行・信用金庫 農協・組合	預金種別	普通・当座
		口座番号	
	支店	口座名義	(フリガナ)