

様式第 4 号

令和7年度介護職員初任者研修支援事業助成金請求書

令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

氏名及び住所（自署又は記名押印）

フリガナ

氏 名 _____

住 所

〒 _____

令和7年度介護職員初任者研修支援事業につきまして、下記のとおり助成金を請求いたします。

記

1 請求額 _____ 円

2 振込先

請求額の受領方法 口座振替払

金融機関コード・支店コード			
振込先金融機関		銀行 ・ 金庫	支店
振 込 口 座	預金種別	普通預金 ・ 当座預金 ・ その他	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

※振込先（金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義）が記載されている
通帳等の写しを添付してください。

※振込先は申込者本人名義の口座に限ります。