様式第9号（第11条関係）

年　　　月　　　日

　　南伊勢町長　　　　　　　　　様

所在地

名称

代表者職・氏名

電話番号

南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金請求書

　　年　月　日付、南高第　号で交付の確定を受けた南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金について、南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金交付要綱第11条の規定により、次の通り請求します。

１　請求金額　　　　　　　　　　　円

２　交付確定額　　　　　　　　　　円

３　補助金の振込先

　　金融機関名：　　　　　　　支店名：　　　　　　　口座種目：

　口座番号：　　　　　　　　口座名義人：