第４号様式（第１２条関係）

第　　　号

令和　　年　　月　　日

石川県知事　　　　　　　　様

（申請者）住　所

法人名

代表者　職名

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

令和　　年度石川県外国人介護人材日本語能力向上支援事業費補助金

補助金精算請求書

　令和　　年　　月　　日付厚第　　　号により補助金交付決定額の確定通知があった外国人介護人材日本語能力向上支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう石川県補助金交付規則及び石川県外国人介護人材日本語能力向上支援事業費補助金交付要綱の規定により請求いたします。

記

１　請　求　額　　　　　　　　　　　　　　　　　 円

（交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　 円）

　　　２　振　込　先　　　金融機関名：

　　　　　　　　　　　　　支店名：

　　　　　　　　　　　　　口座種別：

　　　　　　　　　　　　　口座番号：

　　　　　　　　　　　　　口座名義：

発行責任者　〇〇　〇〇　　　連絡先　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

担当者　　　〇〇　〇〇　　　連絡先　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇