別紙３－２（様式第３号関係）

請　求　書（法人用）

　　年　　月　　日

（宛先）

　埼玉県知事

法人所在地

法　人　名

代　表　者

役職・氏名

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　　号で交付決定の通知を受けた埼玉県介護職員資格取得支援事業（実務者研修受講料）について、下記の金額を支払われたく請求します。

　ただし、交付確定の通知により交付額の変更があった場合は、請求額は交付確定額とします。

記

請求額（交付決定額）　　　金　　　　　　　　　　　円

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座名義 |  | | |
| カナ名義 |  | | |
| 金融機関名  及び支店名 | 銀　行  信用金庫  農　協 | | 支　店  出張所  支　所 |
| 口座種目  及び口座番号 | 普通  当座 |  | |