

障害福祉（障害児支援）人材確保・職場環境改善等事業補助金(概算払)請求書

日付は、発行（送付）日を記載ください

令和7年9月●●日

千葉県知事 様

交付決定のあった法人名等を記載ください

交付決定通知書の右上の日付及び
文書番号、枝番号を記載してください

法人所在地
法人名 株式会社●●●
代表者職氏名 ※押印は不要です

令和7年9月 日付け千葉県障害指令（達）第 号－●●●●で交付決定

（額の確定）のあった障害福祉（障害児支援）人材確保・職場環境改善等事業補助金
について、下記のとおり請求します。

交付決定通知書の交付金額を記載してください。（申請金額とは異なる場合があります。）

金 ●●●, ●●● 円

預金種別	普通
振込先	●●銀行 ●●支店
口座番号	●●●●●●●●
名義人 (フリガナ)	か)●●●

千葉県国民健康保険団体連合会（国保連）の介護報酬受取口座

（債権譲渡の場合は、申請(事務局に回答)した口座）を記載してください

※参考までに、貴法人の登録されている口座を記載しております（漢字表記不要）

※口座番号が7桁未満の方は7桁になるよう最初に0を追記してください

○本件責任者

本件責任者

職・氏名	総務課長 ●● ●●
電話番号	012(345)6789

法人代表者又は本請求書の責任者を
記載してください

担当者

氏名	▲▲ ▲▲
電話番号	012(345)6789

○担当者

担当者（問い合わせ先）を記載してください