

第 5 号様式（第 1 3 条）

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

年 月 日

千葉県知事 様

法人所在地

法人名

代表者職氏名

令和 年 月 日付け千葉県障害指令（達）第 号一 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。

| 金 円             |           |
|-----------------|-----------|
| 預 金 種 別         | 普 通 ・ 当 座 |
| 振 込 先           | 銀 行 支 店   |
| 口 座 番 号         |           |
| 名 義 人<br>(フリガナ) |           |

本件責任者

|      |  |
|------|--|
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |

担当者

|      |  |
|------|--|
| 氏 名  |  |
| 電話番号 |  |