



受付番号

R7—

八王子市介護人材資格取得支援事業補助金交付請求書兼支払金口座振替依頼書

八王子市長 殿

¥ _____

八王子市介護人材資格取得支援事業補助金の交付について、上記金額を請求します。

請求者	住所	
	(電話番号 - -)	
	フリガナ 氏名	
	署名(フルネーム)または押印	
	※1 スタンプ印押印不可	※2 本人確認書類の提示、または提出により押印・署名を省略できます。
	※3 氏名欄が自署の場合は署名不要	※4 押印の場合のみ、捨印が有効となります。

支払金口座振替依頼書 上記 八王子市介護人材資格取得支援事業補助金 は下記口座に振込願います。

	金 融 機 関 名		金融機関コード	支 店 名	店舗コード
指 定 口 座	銀行・信金 信組・農協			支店 出張所	
	預 金 種 目	口座番号(右詰め)	口座名義(カタカナで通帳のとおりにすべて記入してください) ※上段から左詰めでご記入ください。		
	1普 通				
	2当 座				

※記載内容を訂正する場合は、修正液や修正テープの使用はできません。

※指定口座の名義人が、請求者と異なる場合は、委任状も合わせて提出してください。(参考様式)

【市担当所管使用欄】

(1)所管名	(2)確認者	(3)連絡先(TEL)	(4)確認年月日	(5)本人確認書類	(6)確認方法
高齢者いきいき課		内線	令和 年 月 日	運転免許証 ・ 個人番号カード その他()	