様式第８号（第８条関係）

長泉町がん患者就業雇用奨励金交付請求書

年　　月　　日

長泉町長　　　　　　　　　　　様

所在地

事業所名

代表者氏名

年　　月　　日付け　　第　　　号をもって交付決定のあった奨励金を、長泉町がん患者就業雇用奨励金交付要綱第８条の規定により、次のとおり請求します。

１ 交付請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２ 振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　支店  信用金庫  農協　　　　　　　　　　　　　　支所・出張所 | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 口座種別 | 普通  当座  その他（　　） | | 口座番号を右詰で記入 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | |
| （氏名） | | | | | | | | | | |