（様式第10号）

長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金交付請求書

第　　号

　　年　　月　　日

　長野県知事　　○○　○○　様

補助事業者

（所在地）

（法人等の名称）

（代表者職・氏名）

　　　　年　　月　　日付長野県達　　第　　　号で額の確定のあった　　　年度長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金について、下記のとおり交付してください。

記

１　事業名

　　外国人介護人材受入支援事業

２　確定額

　　金　　　　　　　　　円

３　概算払済額

　　金　　　　　　　　　円

４　交付請求額

　　金　　　　　　　　　円

５　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店等名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  |