第６号様式

（第９条関係）

**鎌倉市介護従事者資格取得補助金請求書**

|  |
| --- |
|  |
|  | 金　額 | 　　十￥ | 　　万 | 　　千 | 　　百 | 　　十 | 　　円 |  |
|  |
|  | 品　　　　 名 | 金　　額 | 備　　　　　　　考 |  |
| 鎌倉市介護従事者資格取得補助金 | 　  円 |  |
|  上記の金額を請求します。　なお、請求金額は、口座振替の方法により下記の口座に振込んでください。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印（自署の場合は押印不要です）（宛先）　鎌倉市長 |

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 | 口座名義（カタカナで記入してください） |
| 支店名 | □　当座□　普通 | 口座番号 | 備　考 |