

金額をご記入ください
上限は 3 万円です。

鎌倉市介護従事者資格取得補助金請求書

金 額		+	万	千	百	+	円
¥		3	0	0	0	0	0

品 名	金 額	備 考
鎌倉市介護従事者資格取得補助金	30,000 円	

不正防止の観点から、訂正箇所のある請求書ではお支払いができませんので、書き損じた場合は新規に作成をお願いいたします。

こちらにも忘れずに金額をご記入ください
上限は 3 万円です。

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。

令和 7 年 〇 月 × 日 文書の作成日（記入した日）

住所 → 鎌倉市御成町 18 番 10 号

氏名 → 鎌倉 太郎 印
(自署の場合は押印不要です)

請求者の住所・氏名
氏名を 自筆で記入した場合は
印鑑の 押印は不要です。

(宛先) 鎌倉市長

振込先の銀行名 原則、請求者名義の口座
になります

銀行名	口座名義 (カタカナで記入してください)		
東京中央銀行	カマクラ タロウ		
支店名	<input type="checkbox"/> 当座 <input checked="" type="checkbox"/> 普通	口座番号	備 考
本店		1234567	振込先の口座番号 ※ ゆうちょ銀行で番号が 8桁の場合、最後の「1」を 取った7桁の番号をご記入 ください

振込先銀行の支店名

口座の種別にチェックを忘れずに！