

(様式5-②)

令和 年 月 日

## 介護員養成研修受講費補助請求書

社会福祉法人青森県社会福祉協議会会長 様

(請求者)

研修実施機関住所 \_\_\_\_\_

研修実施機関名称 \_\_\_\_\_

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_ 公印

令和 年 月 日付けで補助交付決定の通知を受けた受講者の介護員養成研修受講費補助について、関係書類を添付して下記のとおり請求します。

記

金 \_\_\_\_\_ 円

### 【受講者】

求職票番号	※該当する方のみ御記入ください。	
氏名 (性別)	(男・女)	
自宅住所	〒 _____	
学校・学年	高等学校	学年

### 【振込先】

金融機関名	_____銀行又は ( _____ ) _____支店
口座番号	(1 普通 2 当座) No. _____
(フリガナ) 名 義	_____

### 《関係書類》

介護員養成研修受講費補助同意書 (様式6) 1部添付

### 《提出先》

〒030-0822 青森市中央三丁目20番30号 県民福祉プラザ2階  
社会福祉法人青森県社会福祉協議会 福祉人材課 (※弘前・八戸エリアは担当福祉人材バンクへ)