様式第６号（第１２条関係）

薩摩國インターンシップ推進事業補助金交付請求書

令和　　年　　月　　日

薩摩國雇用創造協議会 会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

請求者　住　　所

　 氏　　名

　　　（署名または記名押印）

電話番号

　令和　　年　　月　　日付け薩國雇創協第　　号で交付決定を受けた薩摩國インターンシップ推進事業補助金について、薩摩國インターンシップ推進事業補助金交付要綱第１２条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　交付請求額　　　　　金　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 本・支店名 |  |
| 種　別 | （普通　・　当座） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（フリガナ） |  |

　　※振込先通帳の写しを添付してください。