

法人で管理している文書番号がある場合はご記入ください。
(ない場合は空欄で提出してください。)

番 号

令和 6 (2024) 年 月 日

栃木県知事 福田 富一 様

申請者 住 所 宇都宮市塙田 1 - 1 - 20

名称及び代表者氏名 社会福祉法人〇〇会

理事長 〇〇 〇〇

令和 6 年 2 月からの栃木県介護職員処遇改善支援補助金(変更)交付申請兼請求書

このことについて、令和 6 年 2 月からの栃木県介護職員処遇改善支援補助金〇〇〇,〇〇〇円を交付されるよう、栃木県補助金等交付規則第 4 条及び第 18 条の規定により、次の関係書類を添えて申請及び請求します。

※関係書類 1
介護職員処遇改善支援補助金計画書(別紙様式 2-1)の①介護職員処遇改善支援補助金(令和 6 年 2~5 月分)の見込額を記入してください。

関係書類

- 1 介護職員処遇改善支援補助金計画書(別紙様式 2-1)
- 2 介護職員処遇改善支援補助金計画書(施設・事業所別個表)(別紙様式 2-2)
- 3 債権債務者登録申出書

支店名までご記載ください。

債権債務者登録申出書の情報と一致していることを確認してください。

振込銀行名 〇〇銀行 〇〇支店
口座名義 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
預金種別 普通
口座番号 1234567

発行者

発行責任者 〇〇 〇〇 連絡先: 000-000-0000 E-mail: aaa@aaa.aa.jp

担当者 〇〇 〇〇 連絡先: 000-000-0000 E-mail: aaa@aaa.aa.jp

※ 発行者(発行責任者)及び担当者の氏名(フルネーム)、連絡先電話番号、メールアドレスの記載が必要です。

※ 発行責任者と担当者は同一人物でも差し支えありません。