（様式第６号）

働く女性のキャリア形成支援事業補助金　交付請求書

　　年　　月　　日

　長野県知事　様

住　　所　〒　　　　－

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付け長野県達　　人権第　　号で補助金の額が確定されました働く女性のキャリア形成支援事業補助金を下記のとおり交付してください。

記

　　１　交付請求額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　２　振込先口座（申請者名義のものに限ります。）

　　　　　金融機関名

　　　　　本支店名

　　　　　口座種別

　　　　　口座番号

　　　　　口座名義

　　　　　（ﾌﾘｶﾞﾅ）　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |
| 担当者名 |  |