請　求　書

令和　　年　　月　　日

　一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

　　　　　　　　会長　加　藤　 馨　　様

実施施設　施設名

施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　介護助手導入促進事業 ( 県域 )に係る経費として、次のとおり請求します。なお、経費は、次の口座に振り込んでください。

金　　　　　　　　　　　　　円

内　訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 金　　　　額 | | 摘　　　要 |
| 募集・職場研修経費 | 50,000 円 | | 一律 |
| 業務分析経費 | 50,000 円 | | 一律 |
| 面接調査経費 | 名分 | 円 | １人当たり10,000円 |
| 代替職員経費 | 名分 | 円 | 実績。上限1人8,800円 |
| 合計 | 円 | | － |

【振込先】

　金融機関名　　　　　　　　　　　　　　支店名

　口座種類

　口座番号

　口座名義人

　また、次のとおり、法人のマイナンバーを提供します。※左詰めで記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| マイナンバー |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　当該確認書は、支払調書作成のために提供します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ( 以下は，記載不要です。) |  |

１　廃棄予定年度 　　　　　令和2年度

２　マイナンバー管理者　　　　　事務局長　天　池　忠　人