（様式第６号）

長野県介護支援専門員実務研修実習協力経費請求書

　　　　年　　月　　日

（長野県介護支援専門員研修指定研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

請求者

　 　住所（〒　　　－　　　　）

　 　法人名

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　公印

【適格請求書発行事業者登録番号：T　　　　　　　　　　　　　　　】

※適格請求書発行事業者の方はご記載ください。

　介護支援専門員実務研修実習の経費について、下記のとおり請求します。

記

**金　　　　　　　　　　円**

10%対象　 円　内税　 円

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 受講者氏名 | １ |  | | | |
| ２ |  | | | |
| ３ |  | | | |
| 支払  口座 | 金融機関名 |  | | | | |
| 支店名※ |  | | | | |
| 口座番号 |  | | | | 普通・当座 |
|  |  | | | | |
|  | | | | |
| 担当者 | 担当者名 |  | | 連絡先 |  | |

　　　　※ゆうちょ銀行の場合は、支店名は漢数字３ケタを記入してください。

　　　　※担当者は会計担当者名を記載してください。