平成30年度

助成金申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　社会福祉法人

　長野県社会福祉協議会会長　様

学校名

学校長名

金　　　　　　　　　　　　　円也

　但し、「福祉の職場体験事業」実施に伴う、キャリア教育補償制度保険等加入に対する助成金として

　内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉の職場体験実施初日平成　　年　　月　　日 |  | 名 | × | 250  | 円 |   | 円 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（平成30年４月以降体験者分）

　上記のとおり申請します。

　■振込希望日　　　平成　　　年　　　月　　　日（　　　）

　■振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店・支所名 |  |
| 預金種別 | 　　普通　・　当座　（該当に○印） |
| 口座番号 |  |
|  |  |

■添付書類　　　保険契約がわかる書類の写し（加入前申請の場合は加入後提出）