様式第８号（別表第２関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　法人本店所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　代表者職名・氏名

福祉・介護職員処遇改善事業補助金請求書

　　年　　月　　日付け岩手県指令障第　　　号で交付決定の通知がありました標記交付金について、令和５年度福祉・介護職員処遇改善事業補助金交付要綱第６の２の規定により、次のとおり補助金の交付を請求します。

金　　　　　　　　　　　　　　　円