様式第３号

　　年　　月　　日

長野県知事　様

所在地

（住所）

法人名

（代表者職・氏名）

障がい者雇用はじめの一歩応援助成金請求書

　　　　年　月　日付け長野県達　労雇第　号で確定のあった障がい者雇用はじめの一歩応援助成金を下記のとおり交付してください。

記

　　　請求金額　　　　　　　　　　円

　助成金振込先（必ず請求者（申請者）名義の口座を記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | |
| 支　店　名 |  | 預金種別  （いずれかに○） | 普通　・　当座 |
| (フリガナ) |  | | |
| 口座名義 |  | | |
| 口座番号 |  | | |