

別記様式第 5 号（第 9 条関係）

第 号
令和 年 月 日

群馬県知事 あて

所在地 〒 371-8570
前橋市大手町 1-1-1

法人名 社会福祉法人 ●●●
代表者職・氏名 理事長 ●●●●●

令和 年度群馬県外国人介護人材定着促進事業費補助金 概算払請求書

令和 年 月 日付け群馬県指令地福第 ●●一●号で交付決定を受けた標記事業について、群馬県外国人介護人材定着促進事業費補助金交付要綱第 9 条の規定に基づき、下記のとおり概算払を請求します。

記

- 1 交付決定額
1, 000, 000円
- 2 今回請求額
800, 000円
- 3 残 額
200, 000円
- 4 請求の理由
事業完了前に補助金の一部を受け取れないと、資金繰りが難しくなるため。