

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。