様式第３号

請　求　書

金　　　　　　　円

但し、愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金として

上記の金額を、口座振替の方法で、下記金融機関口座にお振込み願います。

年　　月　　日

所在地

名　称

代表者役職・氏名

愛 知 県 知 事 殿

記

【愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　 |
| 支店名 | 店　　　　 |
| 預金種別 | １　普通　　　２　当座　　　３　その他（　　　　　）※該当する者を○で囲んでください。 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人氏名 |  |

注）口座名義人氏名は原則として申請者と同一としてください。

　　なお、「経理課長」等、経理上、組織内の別の名義への振込を希望される場合は、代表者

からの委任状が必要です。