

様式 8

(施設→県社協)

発 番 号
年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会
事務局 長 様

施設名

代表者名

(担当者名

TEL

)

介護等体験終了報告並びに経費の請求について
このことについて、様式4のとおり終了したので報告します。
また、介護等体験受入れに伴う経費を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円
(@ 1,000円 × _____ 日 × _____ 人)

2 振込口座

銀行名 _____ 銀行 _____ 支店 _____

[銀行番号 _____ 支店番号 _____]

口座番号 (普 ・ 当) No. _____
(どちらかに○をつけて下さい)

フリガナ _____

口座名義 _____

住 所 _____

電話番号 _____

※本書提出の際には、[様式4]名簿と[様式9]証明書の写しを添付してください。