

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。