

発 番 号  
令和 年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 会長 様

事業所名  
代表者名

印

令和7年度「福祉の職場体験事業」職場体験終了報告並びに経費請求  
についてこのことについて、別紙名簿のとおり終了したので報告します。  
また、職場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  
(@ 3, 000円 × 日 × 人) ※体験受入費用  
(@ 1, 000円 × 日 × 人) ※昼食費用又は  
交通費支給費用

## 2 振込口座

銀行名 \_\_\_\_\_

支店名 \_\_\_\_\_

金融機関コード \_\_\_\_\_ 支店コード \_\_\_\_\_

口座番号 ( 普 ・ 当 ) No. \_\_\_\_\_

(どちらかに〇をつけて下さい)

フリガナ \_\_\_\_\_

口座名義 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 原本は、郵送してください。※ 昼食費用又は交通費支給費用は、事業所が負担した場合に請求願います。

※ 添付書類 1 [様式 3-②] 体験希望者名簿

2 [様式 7-②] 実施報告 (別紙での添付可)

3 [様式 8] 受入れに関するアンケート