

様式 5 (体験者→滋賀県介護・福祉人材センター)

かいご・ふくし助成金付きインターンシップ 助成金
口座振込先 連絡票

年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

本事業に伴う、助成金の振込先の口座をご連絡いたします。

体験者住所 _____

体験者氏名 _____

体験先 施設・事業所名 _____

体験期間 _____

振込先

| 銀行 | | 支店 |
|--------|------|------|
| 普通・当座 | | 口座番号 |
| 名 義 | フリガナ | |
| | | |