様式第６号（第７条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）

岩国市長　様

請求者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

電話番号

岩国市介護福祉士就職支援給付金請求書

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　号により支給決定及び額の確定の通知があった岩国市介護福祉士就職支援給付金について、次のとおり請求します。

請求額　　　　金　　　円