様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日

交野市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名　　　　　　　　）

　交野市介護職員喀痰吸引等研修受講助成金交付申請書

標記について、次により助成金を交付されるように関係書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　申請額　　　　　　　金　　　　　　　　　円