様式第７号

口座振込依頼書

年　　月　　日

特定非営利活動法人島根県障がい者就労事業振興センター

理事長　國 頭 正 治　様

実施事業所名

代 表 者 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の通り、障がい者作業能力ステップアップ事業の実習手当の支払いを依頼します。

金額；　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 　 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 ・ 農協 |
| 支 店 名 | 　 | 　支店 ・ 支所 |
| 口座種目 | 　　普通　・　当座　・　その他（　　　　　　） |
| 口座番号 | 　 | 　 |
| （フリガナ） | 　 | 　 |
| 口座名義 | 　 | 　 |

（内訳）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習者名 | 実習日数 | 実習時間 | 単価（円） | 金額（円） |
| ① |  |  |  | ４５０ |  |
| ② |  |  |  | ４５０ |  |
| ③ |  |  |  | ４５０ |  |
| ④ |  |  |  | ４５０ |  |
| ⑤ |  |  |  | ４５０ |  |
| ⑥ |  |  |  | ４５０ |  |
| 合　計 |  |