別記様式第５号（第９条関係）

第　　　　　号

　　年　月　日

群馬県知事　　　あて

所在地　〒

法人名

代表者職・氏名

年度群馬県外国人介護人材定着促進事業費補助金　概算払請求書

年　月　日付け群馬県指令　　第　　　　号で交付決定を受けた標記事業について、群馬県外国人介護人材定着促進事業費補助金交付要綱第９条の規定に基づき、下記のとおり概算払を請求します。

記

１　交付決定額

１，０００，０００円

２　今回請求額

８００，０００円

３　残　　　額

２００，０００円

４　請求の理由

事業完了前に補助金の一部を受け取れないと、資金繰りが難しくなるため。