（別記様式９）

**広島県採用手法向上ハンズオン支援補助金**

**交付請求書**

　　年　　月　　日

広島県知事　様

（コンサルタント登録番号）

（補助事業者名）

（代表者 職・氏名）

　年　月　日付けで補助金の額の確定のあった「広島県採用手法向上ハンズオン支援補助金」の交付を受けたいので、次のとおり請求します。

請求金額　　金　　　　　　　　　　円

（内訳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理番号 | 対象となる中小企業者等名 | 補助金確定額 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
| ― | 合計 | 円 |

※　行が足りない場合は、適宜追加すること

（振込先）

金融機関名等：

支　　店　　名：

口　座　種　別：

口　座　番　号：

フ　リ　ガ　ナ：

口　座　名　義：