第　　　　号

　　年　　月　　日

熊本県知事　　　　　　　　　様

申請者住所　　　〒

（法人の所在地）

法人名

代表者職氏名

施設住所

設種別　　　　　　　　施設名

　　　　　年度熊本県児童福祉施設等産休等代替職員費補助金交付申請書

　　　　年　月　日付けで任用報告を行った産休等代替職員の任用に係る経費について、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第３条及び熊本県児童福祉施設等産休等代替職員費補助金交付要領第９条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　補助金交付申請額　　金　　　　　　　　　　円

　　※千円未満は切捨て

２　関係書類

　　 産休等代替職員費補助金実績報告書(第６号様式)