

(様式第4号の2)

島 社 地 第 号  
令 和 年 月 日

事業所等名

代表者氏名 様

社会福祉法人島根県社会福祉協議会事務局長  
(公印省略)

### ゆめいくワークサポート事業助成金支払通知書

このことについて、下記のとおり請求書記載の金融機関口座に振込みますのでお知らせいたします。

記

支払額	円
口座振込予定日	令和 年 月 日 ( )

本件に関する連絡・問い合わせ先  
(社福) 島根県社会福祉協議会  
地域福祉部障がい者福祉係  
〒690-0011 松江市東津田町 1741-3  
いきいきプラザ島根 5F  
TEL 0852-32-5972 FAX 0852-32-5982