|  |  |
| --- | --- |
| 事務担当者 | 支　給　対　象　者 |
|  |  |

[別紙様式]林業担い手手当支援事業（社内確認書類）

次の　　　手当てについては、下記の月額を支払します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　手当（新設） | 月額　　　　　　　　　円 |

以上

令和６年　月　日

住　所

氏　名

（団体名及び代表者氏名）