御代田町身体障害者自動車運転免許取得費助成事業交付請求書

年　　月　　日

　御代田町長　小園　拓志　様

　（保健福祉課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　住所　御代田町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞

年　　月　　日付けで決定通知のあった御代田町身体障害者自動車運転免許取得費助成事業補助金を下記のとおり請求します。

請求額　　　　　　　　　　円

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | |
| 支　店　名 |  | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | |

（注意事項）口座名義人は、請求者本人としてください。