

請　求　書

金\_\_\_\_\_円

ただし、 年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定  
を受けた身体障害者自動車運転免許取得事業の補助金として、上記のとおり請求  
します。

年 月 日

伊豆の国市長 宛

住所  
請求者 氏名 印  
(電話 )

口座振替先金融機関名

口座種別

口座番号

口座名義