

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