

年 月 日

富士見町長 様

交付決定者 住 所
氏 名
電話番号

*交付決定者が未成年者の場合は、保護者の同意が必要になります。

保護者 住 所
氏 名
電話番号

富士見町自転車用ヘルメット購入補助金支払請求書

年 月 日付 富士見町指令 第 号で交付決定の通知を受けた富士見町自転車用ヘルメット購入補助金の交付を受けたいので、富士見町自転車用ヘルメット購入補助金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり補助金を請求します。

記

*保護者に補助金の受領を委任する場合は、□にレを記載してください。
□私は、上記保護者に補助金の受領に関する一切の権原を委任します。

1 支払請求額 円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 ゆうちょ銀行	本店 本所 支店 支所
預金の種別	普通・当座	(該当を○で囲む)
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		