

様式第 5 号 (第 9 条関係)

年 月 日

中 央 市 長 様

請求者住所
請求者氏名

印

身体障害者 (~~運転免許取得~~自動車改造) 費助成金請求書

年 月 日付け、 第 号で額の確定のあった助成金について、
中央市身体障害者自動車運転免許取得費助成金交付要綱第 9 条の規定により、次のとおり請求いたします。

記

助成金交付請求額 金 円

助成金は以下の口座にお振込みください

金 融 機 関 名	
支 店 名	
預 金 種 類	
フリカ、ナ 口座名義	