

様式第5号(第7条関係)

障害者自動車運転免許取得費助成金精算払請求書

年 月 日

内子町長 様

住所

氏名



年 月 日付け 第 号で、交付決定を受けた 年度障害者自動車運転免許取得費助成金について、内子町障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

一金

円也

金融機関名	銀行 農協	本店・支店 出張所
預金種別	普通 当座	その他()
口座番号		
口座名義人		