

稲沢市自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金交付請求書

日付は、窓口にお見えになった際に、記入していただきます。

令和〇年〇月〇日

稲沢市長 殿

未成年の場合又はヘルメットの購入費を保護者の方が負担した場合は、保護者の方の氏名になります

住 所	稲沢市 <b>稲府町1番地</b>
フリガナ	<b>イナザワ ハナコ</b>
氏 名	<b>稲沢 花子</b>
電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

※ヘルメット使用者が7歳～18歳の方であって、未成年の場合又はヘルメットの購入費を保護者の方が負担した場合は、保護者の方の氏名を記入してください。

令和 年 月 日付け 指令第4 - 号で補助金の交付決定及び確定を受けたことについて、稲沢市自転車乗車用ヘルメット着用促進事業費補助金交付要綱第8条の規定に基づき、次のとおり請求します。

記

請求金額は、窓口にお見えになった際に、記入していただきます。

請求金額	金 <b>〇, 〇〇〇</b> 円
------	-------------------

申請者、ご本人の口座を記入してください。

振替口座	振替口座名	店舗名	口座種別	口座番号
	<b>〇〇銀行</b>	<b>〇〇支店</b>	普通・当座	<b>〇〇〇〇〇〇〇</b>
	口 座 名 義 人			
	(フリガナ)	<b>イナザワ ハナコ</b>		
<b>稲沢 花子</b>				