

様式第3（第8条関係）

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

令和 年 月 日

稲沢市長 殿

住 所	稲沢市
フリガナ	
氏 名	
電話番号	() -

※未成年の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 稲総指令第 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	金	円
------	---	---

振 替 口 座	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号
			普通・当座	
	口 座 名 義 人			
	(フリガナ)			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。