

請 求 書

金額 _____ 円

身体障害者自動車運転免許取得事業補助金として、上記の金額を請求いたします。

年 月 日

彦 根 市 長 様

請求者
住 所

氏 名
電話番号

上記の補助金は、下記の口座に振込を依頼します。

金融機関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 支 所 出張所
口座番号	普通 ・ 当座 第 号	
フリガナ		
口座名義		