様式第３号（第６条関係）

身体障害者自動車改造助成金請求書

　年　　月　　日

多気町長

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　金　　　　　　　　円

　身体障害者自動車改造助成金として、上記の金額を請求します。

|  |
| --- |
| 振　込　先　口　座　名 |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　本店信用金庫　　　　　　　　支店農協　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種目 | 普通・当座・その他（　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |

　　　※振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。