

様式第4号(第6条関係)

年 月 日

五霞町長 様

住所
申請者
氏名 印
対象者との続柄
電話番号

五霞町障害者手帳等申請診断書料助成請求書

年 月 日付け 発第 号で決定通知のあった五霞町
障害者手帳申請診断書料助成について、五霞町障害者手帳等申請診断書料助成要綱第6条の
規定により下記のとおり請求します。

記

1 補助金請求額 円

2 振込先口座名

銀 行 名	銀行		支店
預金種目	1 普通	2 当座	3 その他
口座番号			
フリガナ			
口座名義	(対象者との続柄)		