

様式第2号（第5条関係）

大崎町高齢者安全運転支援装置設置費補助金請求書

一金 円也

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

住 所 大崎町  
氏 名  
生年月日  
電話番号

大崎町長 様

大崎町高齢者安全運転支援装置設置費補助金を下記口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	金融機関名			店舗名			種目	口座番号
	金融機関コード			店舗コード				
	フリガナ							
	口座名義人							