

西郷村認可外保育施設利用者負担軽減補助金交付請求書

令和 年 月 日

西郷村長 高橋 廣志 様

請求者	住 所	
	氏 名	印
	電 話 番 号	

令和 年 月分から令和 年 月分までの西郷村認可外保育施設利用者負担軽減補助金として、次の金額を請求します。

1 請求金額 円

2 振込先

金融機関			銀行・信用金庫 農協・信用組合				支店 出張所	
	金融機関コード				店番号			
口座番号						預金種目	☐ 普通	☐ 当座
(カナ) 口座名義								

※通帳の写しを添付して下さい（口座情報確認のために使用します）。
※申請者（請求者）以外の口座名義への振込の場合は、委任状が必要です。
※上記太枠内のみ記入してください。