

村田町感染症拡大防止協力金交付請求書

村田町長 大沼 克巳 殿

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

本店所在地 \_\_\_\_\_

事業者 又は住民登録地 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

又は屋号 \_\_\_\_\_

代表者 役 職 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

年 月 日付け第 号で交付決定及び額の確定の通知がありました標記の協力金について、村田町感染症拡大防止協力金交付要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり請求いたします。

記

- 1 補助事業の名称 村田町感染症拡大防止協力金
- 2 対象となる要請名 宮城県第12期
- 3 請求額 円
- 4 支払口座振込依頼

金融機関名		金融機関コード						
支店名(店名)	本店 支店	支店コード(店番)						
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右詰め)						
口座名義人カタカナ								

※口座は法人の場合は法人名義、個人事業主の場合は申請者本人名義の口座を指定  
 ※ゆうちょ銀行の場合は振込用の「店名・店番・口座番号」を記入してください。  
 ※預金通帳の写し（通帳のオモテ面と通帳を開いた1・2ページ目の写し）又はキャッシュカードの写しを添付してください（金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義人名・フリガナが確認できるもの）。