年　　月　　日

新温泉町長　　様

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　（　　　　　）　　　―

新温泉町高齢者運転免許証自主返納支援補助金請求書

新温泉町高齢者運転免許証自主返納支援補助金について、下記のとおり請求します。

記

１　補助金請求額　　　金　　　　　　　　円

２　補助金振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |