

東吾妻町チャイルドシート等購入費補助金請求書

東吾妻町長 あて

住所 東吾妻町大字  
氏名

印

東吾妻町チャイルドシート等購入費補助金として下記金額を請求いたします。

記

フリガナ	
利用する乳幼児 又は妊婦の氏名	
請求金額	円

振込先口座

金融機関名		種目	口座番号			
銀行・信金	本店・本所	普通				
信組・労金	支店・支所	当座				
農協	出張所	その他				
フリガナ						
口座名義人						

※申請者と口座名義人が異なる場合は以下も記入してください。

<p>委任状</p> <p>上記「口座名義人」欄に記載した者を代理人と認め、次の権限を委任します。</p> <p>1. チャイルドシート等購入費補助金の受領に関すること。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (印)</p>
---