

高 砂 市 長 様

申請者住所 高砂市

氏 名

電話番号 ( )

高砂市言語発達相談利用者補助金交付申請書兼請求書

次により、高砂市言語発達相談利用者補助金の交付を受けたいので申請をします。

利用者氏名	
生年月日	年 月 日
補助請求期間	年 月～ 年 月
補助請求金額	円

\*補助金額は月額3,000円が限度です。

なお、補助金は、下記の預金口座へ振り込んでください。

【振込先】

金融機関名称	(ふりがな)	種別	口座番号
	口座名義		
銀行		普通	
信用金庫 支店		当座	
農協 支所		貯蓄	

(備考) 利用証明書を添付してください。

今後の利用継続見込み どちらかに○をつけてください。

今後、言語発達訓練を継続して ( 受ける見込みです ・ 受けない見込みです )。

※ 来年度4月以降の利用を希望される場合は、4月に申請が必要です。

\*申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です。

委 任 状

高砂市長 様

私は、高砂市言語発達相談利用者補助金受領の権限を上記口座名義人に委任します。

委任者(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_