

年 月 日

高砂市長 様

住 所

氏 名

電話番号（ ） -

高砂市リカレント教育支援事業補助金交付請求書

年 月 日付け高商第 号により交付決定及び交付確定を受けた、高砂市リカレント教育支援事業補助金について、高砂市リカレント教育支援事業補助金交付要綱第9条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 補助金の名称 高砂市リカレント教育支援事業補助金

3 補助金の振込先

振込先 金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所						
種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

※交付決定者と口座名義人の氏名は、同一であること。

※この書類の提出の際には、口座情報が確認できる書類を添付してください。

発行責任者 氏 名  
電 話（ ） -

担当者 氏 名  
電 話（ ） -