様式第７号（第７条関係）

大町市高齢者補聴器購入助成事業補助金交付請求書

　　　年　　月　　日

　　大町市長　　殿

（請求者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電　話 | 　　　　　　（　　　　）　 |

次のとおり高齢者補聴器購入助成事業の補助金の請求をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金請求額 | 　　　　　　　　　 　円　　　右 ・ 左  |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店・支所名 | 　　　　　　　 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号（申請者本人の口座に限る。） |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

（注）　振込先口座は請求者本人の口座を記載してください。やむを得ず請求者以外の口座を記載する場合は、委任状を添付してください。