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。