

様式第 5 号（第 6 条関係）

年 月 日

中津川市長 様

申請者 所在地
名称及び
代表者氏名 ⑩
（電話 ）
担当者氏名

中津川市障がい者就労支援事業奨励金交付請求書

年 月 日付け 第 号にて交付決定のあった中津川市障がい者就労支援事業奨励金について、次のとおり請求します。

請求金額 円

なお、次の口座に振込み願います。

口座名義人	フリガナ											
	氏 名											
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名		種別	口 座 番 号								
銀 行 金 庫 農業協同組合 信用組合	本 店 支 店 支 所 出張所		1 普通									
			2 当座									
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号							
	1				0							

※番号は右づめで記入してください。