

稚内市高齢者・障害者施設等価格高騰対策支援金申請書兼請求書

年 月 日

稚内市長 様

対象事業者 所在地
法人名（会社名）
代表者職氏名 印
電話番号

稚内市高齢者・障害者施設等価格高騰対策支援事業実施要綱第5の規定に基づき、以下のとおり申請及び請求します。

| | |
|------------|---|
| 支給申請額（請求額） | 円 |
|------------|---|

振込先

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先情報 | 金融機関名 | | | | | | | | | | | |
| | 店名 | | | | | | | | | | | |
| | 預金種類 | 1. 普通 2. 当座（○をつけてください。） | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | カナ | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | |

