

(宛先) 佐久穂町長

(申請人)
 所在地
 住所 (個人の場合)
 事業者名
 代表者名
 電話番号

㊞

佐久穂町宿泊施設支援給付金請求書

年 月 日付け 第 号により確定を受けた佐久穂町宿泊施設給付金事業について、
 下記のとおり請求します。

記

- 1 事業名給付対象事業名 佐久穂町宿泊施設支援給付金事業
- 2 請求金額 円
- 3 給付種別 1. 振込による給付希望 ・ 2. 現金による給付希望
 (いずれかの番号を○で囲む。)
 振込により給付を受ける場合は4、給付金振込先へ記入
- 4 給付金振込先

振込先金融機関		銀行 本店 信用金庫支店 信用組合支所 農 協出張所 労働金庫 その他							
振 込 口 座	預金種目 (○で囲む)	普通		当座		貯蓄		その他	
	口座番号 (右詰め)								
	フリガナ								
	口座名義								