

除雪支援金請求書

西川町総合開発株式会社 様

請求者住所：_____

請求者氏名：_____

電話番号：_____

¥ _____ -

但し、除雪支援金として、上記金額を請求します。

請求金額は下記Aの金額を記載してください。

【除雪作業依頼者情報】

| | |
|-------------------|---|
| 対象区分 (☑してください) | 65歳以上の高齢者 重度障害者(身体障害者手帳1級・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級のいずれかに該当) ひとり親と18歳未満の子(当該年度に18歳に到達する子を含む) |
| 住 所 | 西川町大字 |
| 氏 名 | |

【合計金額】

| | |
|----------------|-------------------------|
| 雪下ろし分 | 円 |
| 雪下ろし以外の分 | 円 |
| 合計金額 | 円(+) |
| 請求金額(合計金額の1/2) | 円(+) $\times 1/2 = A$ |

R6年度請求が2回目以降の方は口座情報を省略できます。

【請求者口座情報】

2回目以降の方は☑してください。

| 金融機関名 | 支店名 | 種 目 | 口座番号 | | | | | | |
|---------|------------------|----------|------|--|--|--|--|--|--|
| 銀行 | 本店(本所) 支店(支所) | 普通 当座 | | | | | | | |
| 農業協同組合 | 出張所 | 総合 | | | | | | | |
| 金融機関コード | 店舗コード | フリガナ | | | | | | | |
| | | 口座名義人 | | | | | | | |