

請求日 令和 年 月 日

除雪支援金請求書

西川町長 菅野 大志 殿

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)	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者世帯
	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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①
雪下ろし以外の分	円②
合計金額	円 (① + ②)
請求金額 (合計金額の 1 / 2)	円(① + ②) × 1/2 = A

【請求者口座情報】