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）	□65歳以上の高齢者世帯 □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

※Ｒ７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 農業協同組合	本店（本所） 支店（支所） 出張所	普通 当座 総合							
金融機関コード	店舗コード	フリガナ							
		口座名義人							