

請求書

一金 円

但し、 年度舟形町高齢者安全運転支援事業費補助金として、
上記金額を請求します。

年 月 日

舟形町長

殿

住 所

氏 名

金融機関	支店名	口座 種類	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
				()

※通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。