

様式第2号(第6関係)

年 月 日

西和賀町長 様

申請者 住所 西和賀町 地割 番地
氏名

西和賀町禁煙治療受診補助金請求書

年 月 日付け西和賀町指令 第 号で交付の
決定を受けた西和賀町禁煙治療受診補助金について、下記のとおり請
求します。

記

補助金請求額 金 _____ 円

| | | | |
|--------------|-----|-------|-------|
| 振込先金 融機関名 | 銀行名 | ふりがな | |
| | 支店名 | 口座名義人 | |
| | | 口座番号 | 普通・当座 |