

勝央町運転不安解消事業助成金交付申請書

年 月 日

勝央町長 様

下記のとおり勝央町運転不安解消事業助成金の支給を申請します。

対象運転者氏名		印	生年月日	年 月 日
対象運転者住所		勝央町 番地(☎))		
講習受講自動車学校名・受講日 (5時限を限度)	1時限目	自動車学校名	受講年月日	年 月 日
	2時限目	自動車学校名	受講年月日	年 月 日
	3時限目	自動車学校名	受講年月日	年 月 日
	4時限目	自動車学校名	受講年月日	年 月 日
	5時限目	自動車学校名	受講年月日	年 月 日

※助成金は、銀行又は農協へのお振込みとなりますので、いずれかの口座番号をご記入ください。

銀行 信用金庫 支店		口座の 種 類	1 普通		2 当座					
		口 座 番 号								
農協 支所	口座の 種 類	1 普通		2 当座						
	口 座 番 号									
口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)										