様式第９号（第１４条関係）

年　　月　　日

薩摩川内市長　　　　　　　様

申請者　郵便番号

所在地

団体名

代表者名
電話番号

薩摩川内市地域移定住促進事業補助金請求書

　　年　　月　　日付け　　　　　第　　　　号で交付確定通知を受けた地域移定住促進事業補助金について、次のとおり請求します。

１　補助金請求額　　　　金　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 口座名義人※ |  |
| 金融機関名 |  |
| 本・支店名 |  |
| 種別 | 　　　普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |

　※　口座名義人は、補助対象者と同一であること。