様式第７号(第１０条関係)

|  |
| --- |
| 　　　　年　　月　　日　　　薩摩川内市長　　　　様（自主共聴組合） 　　　　　　　　　　　　団体名称　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　 |
| テレビ難視聴自主共聴組合運営支援事業補助金請求書　　　　年　　月　　日付け薩行第　　　号で決定通知のあった、テレビ難視聴自主共聴組合運営支援事業補助金について、薩摩川内市テレビ難視聴自主共聴組合運営支援事業補助金交付要領第１０条の規定に基づき、次のとおり請求します。補助金請求額　　　　　　　　　　円 ＜口座振替依頼書＞

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 本・支店等名 |  |
| 預金の種類 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |
|  |

 |

注　添付書類として、振込先通帳の写しを添付すること。