

令和 年 月 日

同居近居促進補助金・子育て支援補助金・移住促進補助金  
医療介護従事者移住定住促進補助金請求書

砂 川 市 長 様

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

砂川市住み替え支援事業補助金交付要綱第12条、第17条、第21条、第22条、第22条の6の規定により、下記のとおり請求します。

記

一 金 \_\_\_\_\_ 円

※ 内 訳

(同居近居促進補助金) \_\_\_\_\_ 円

(子育て支援補助金) \_\_\_\_\_ 円

(移住促進補助金) \_\_\_\_\_ 円

(医療介護従事者移住定住促進補助金) \_\_\_\_\_ 円

振 込 先	〈 金 融 機 関 名 〉		〈 支 店 等 の 名 称 〉	
	( _____ )		( _____ )	
	預金種目	普通・当座・貯蓄・その他	口座番号	
	ふりがな 口座名義人			

|