様式第2号(第5条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 　年度みなかみ町心身障害者扶養共済制度加入者補助金交付請求書 |

年　　月　　日

　　みなかみ町長　　　　様

請求者　住所

氏名　　　　　　　　印

　　みなかみ町心身障害者扶養共済制度加入者補助金交付要綱に基づき、補助金の交付を請求します。

　　なお、当該補助金を群馬県心身障害者扶養共済制度の掛金として納付することについて、貴職に委任します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入番号 | 障害者 | 口数 | 補助金額 |
| 住所 | 氏名 |
| 　 | 　 | 　 | 1口目 | 円 |
| 2口目 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 1口目 | 円 |
| 2口目 | 円 |