

様式第1号（第5条関係）

足寄町ハチ駆除支援補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

足寄町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

足寄町ハチ駆除支援補助金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり補助金の交付を申請します。

なお、住民基本台帳情報及び介護保険法に基づく認定状況、障害者手帳交付状況、生活保護受給状況等、補助金の交付のために必要な情報について調査することに同意します。

記

1 該 当 要 件 ↓該当するものに○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 70歳以上の高齢世帯
<input type="checkbox"/>	(2) 要支援若しくは要介護認定者のみの世帯
<input type="checkbox"/>	(3) 介護予防・日常支援総合事業対象者のみの世帯
<input type="checkbox"/>	(4) 要綱に該当する障害者のみの世帯
<input type="checkbox"/>	(5) 生活保護世帯

※(2)～(4)は70歳以上の同居人がいる場合を含みます。

2 補助金交付申請額 金 _____ 円

3 駆除年月日 _____ 年 月 日

4 建物等の住所 足寄町 (住宅・物置・その他)

5 指 定 業 者 業 者 名 _____

6 添 付 書 類 (1) 領収書の写し又は足寄町ハチ駆除作業証明書(様式第2号)
(2) 駆除実施箇所がわかる図面

7 補助金の振込口座

(フリガナ) 口座名義人			
金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	