

年 月 日

佐川町長 様

申請者

住 所	
氏 名	印
電 話 番 号	
児 童 ・ 生 徒 氏 名	
学 校 名	
学 年 ・ ク ラ ス	

佐川町学校給食弁当代替対応補助金交付申請書

佐川町学校給食弁当代替対応補助金として、別紙資料を添えて申請します。

なお、補助金の交付については、下記の口座への振り込みを希望します。

金 融 機 関 名	
支 店 名	
口 座 種 別	普通 ・ 当座 （どちらかを○で囲む）
口 座 番 号	
ゆ う ち よ	【記号】（5桁）
銀 行	【番号】（8桁）
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人	