様式第６号（第７条関係）

# 新見市運送事業者緊急支援金請求書

年　　月　　日

新見市長　　様

申請者
住 所（所在地）
名 称
氏 名（代表者名）

年　　月　　日付、新見市指令　　第　　号により交付決定を受けた新見市運送事業者緊急支援金について、下記のとおり請求します。

記

請　求　額　　円

振　込　先

| | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名 | | 店　舗　名 | |
| 貯　金　種　別 | | 口 座 番 号 | |
| フ　リ　ガ　ナ | | | |
| 口 座 名 義 人 | | | |