

**身体障害者自動車運転技能習得助成金
請求書及び振込依頼書**

請求金額	¥	万	千	百	十	円		
		4	5	0	0	0		
請求者	年 月 日							
	吹田市長 宛 上記の金額を請求します。							
吹田市会計管理者 宛 下記の口座に振り込んでください。								
請求者	氏 名		(印)					(捨印)
	住所	吹 田 市						
振込先	銀行 支店							
	フリガナ							
	名義人氏名							
普通・当座・預金		口座番号						

添付書類

- ・身体障害者自動車運転技能習得助成金決定通知書(写)