

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

桜川市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号

桜川市通勤支援事業補助金交付申請書兼請求書

において桜川市通勤支援事業補助金の交付を受けたいので、桜川市通勤支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、補助金の審査に際し、担当職員が住民基本台帳の照会及び市税の納付状況を確認することを承諾します。

記

1. 勤務状況等

名 称	
所 在 地	
交 通 手 段	<input type="checkbox"/> 自家用自動車 (有料道路利用区間：無・有 ICから ICまで) <input type="checkbox"/> 鉄 道 (利用区間： 駅から 駅まで) <input type="checkbox"/> バ ス (バス停から バス停まで) <input type="checkbox"/> 自動二輪車
通 勤 距 離	片道 km

2. 補助申請額（15日以上遠距離通勤をした月に記入してください）

補助金の計算期間	補助金額	補助金の計算期間	補助金額
年 1月	円	年 7月	円
年 2月	円	年 8月	円
年 3月	円	年 9月	円
年 4月	円	年10月	円
年 5月	円	年11月	円
年 6月	円	年12月	円
補助申請額合計			円

3. 補助金の振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店名	本店 支店
預金の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		