様式第４号（第６条関係）

玄海町介護タクシー通院等助成事業協力機関申出書

　年　　月　　日

　玄　海　町　長　様

申出者

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒　　　- |
| 業　　種 |  |
| 車　　種 | □大型車　　　□普通自動車　　　□軽自動車 |
| 電話番号 | ※HP等に掲載できる番号記入 |

玄海町介護タクシー通院等助成事業に協力したいので、玄海町介護タクシー通院等助成金交付要綱第６条第２項の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込  口座 | 金融機関名 | 銀行　　信金　　信組  農協　　信連　　漁協 | | | | | | | | |
| 支店名 | 支店　　支所　　出張所 | | | | | | | | |
| 預金口座種類 | 普通　当座　その他 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

※福祉輸送事業者であることが確認できる書類を添付すること。

※振込口座の番号が確認できる通帳のコピーを添付すること。