

みやこ町アピランスケア推進事業助成金請求書

みやこ町長 様 年 月 日

申請者
住 所
氏 名 ①
電話番号

みやこ町アピランスケア推進事業の助成を受けたいので、みやこ町アピランスケア推進事業実施要綱第7条の規定により請求します。

請求金額 金 _____ 円

(振込先金融機関)

金融機関名	銀 行 信用金庫・組合	本店 支店
口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通	2.当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		