

行橋市アピランスケア推進事業助成金請求書

行橋市長 様

申請者 〒 ー
住 所

氏 名 ⑩
助成対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

行橋市アピランスケア推進事業助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり行橋市アピランスケア推進事業助成金を請求します。

1. 助成対象者

氏名 _____

2. 請求金額

金 _____ 円

3. 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 ※該当するものに○印	1 普通	2 当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

添付書類

- ・振込先口座の通帳等の写し（金融機関名、支店名、口座番号、名義等が確認できるもの）