

年 月 日

みやま市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### みやま市アピランスケア推進事業助成金請求書

アピランスケア推進事業助成金を次のとおり請求します。

1 請求金額 \_\_\_\_\_ 金 \_\_\_\_\_ 円

2 振込先

銀行コード(4桁)					銀行コード(3桁)			
銀行名			銀行	信金			本店	支店
			信組	農協			本所	支所
			金庫	その他				
預金種類	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 (いずれかに○)							
口座番号								※右詰め
フリガナ								
口座名義								
依頼人(申請者)氏名								

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

#### ※委任状

私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 年 日

申請者氏名