

様式第4号（第8条関係）

南三陸町アピアランスケア助成金請求書

年　　月　　日

南三陸町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 一 一

南三陸町アピアランスケア支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請 求 額		円		
振 込 先	金融機関名	(金融機関の名称及び支店等の名称を記入してください。)		
	預 金 種 別	普通	・ 当 座	口 座 番 号
	口 座 名 義	フリガナ 氏 名		