

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

— —

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 | | |