

王寺町アピアランスケア支援事業助成金請求書

年 月 日

王寺町長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

王寺町アピアランスケア支援事業の助成を受けたいので、王寺町アピアランスケア支援事業実施要綱第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		