

年 月 日

鏡野町長 様

請求者

住所 _____

氏名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください

鏡野町アピアランスケア助成事業補助金請求書

年 月 日付け 第 号で、確定通知のありました 年度鏡野町アピアランスケア助成事業補助金を、下記のとおり請求します。

記

請求金額 _____ 円

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

振 込 先	金融機関名	()銀行・農協・信用金庫()支店
	口座番号	普通・当座 ()
	名義人(ふりがな)	()