様式第４号（第７条関係）

年　　月　　日

上毛町長　様

請求者　住　　所：

氏　　名：

※署名又は記名押印

　　　　電話番号：

上毛町アピアランスケア推進事業助成金請求書

　アピアランスケア推進事業助成金を下記のとおり請求します。

１　請求金額　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座  振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 　　　　　　　　　本店  信用金庫 　　　　　　　　　支店  農協 　　　　　　　　　支所 | | | | | | | | |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店番号 |  |  |  |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

請求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

受領については、下記の者に委任しますので、上記振込先に振込ください。

　　　　　　　　　受任者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名