

神崎市アピアランスケア支援事業助成金請求書

年 月 日

神崎市長 様

下記のとおり請求します。

記

名 称	金 額
神崎市アピアランスケア支援事業助成金	金 円

請 求 者	
〒 住 所	
氏 名	_____ ㊞

年 月 日付けで申請した神崎市アピアランスケア支援事業助成金について、助成が適当であると認められたときは、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関			
金 融 機 関 名 称			本 ・ 支 店 名
			本 店 支 店 出 張 所
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号
ふりがな 口座名義人			

※振込口座が確認できる書類（通帳等の写し）を添付してください。

※振込み先の預金口座名義人と、請求される方の氏名は同じ人にしてください。

※お預かりした個人情報は厳重に管理し、神崎市アピアランスケア支援事業助成金請求のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。