

様式第3号（第7条関係）

葛城市アピアランスケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日

葛城市長 様

申請者 住所

氏名 ㊟

電話番号

対象者との続柄 ()

年 月 日付 葛城市指令第 号で交付の決定を受けた葛城市アピアランスケア支援事業助成金について、葛城市アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

請求額 金 _____ 円

振込先 ※申請者名義の口座に限る。

金融機関名		本・支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			