

様式第2号（第7条関係）

箕輪町アピランスケア助成金請求書

年 月 日

箕輪町長

請求者 住所

氏名

生年月日

電話番号

年 月 日付け 第 号により交付決定通知を受けた
箕輪町アピランスケア助成金について、箕輪町アピランスケア助成金交付要綱第7
条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 助成金請求額 _____ 円

2 振込先（この情報は上記の事務以外には使用いたしません）

名義人

金融機関名

支店名

口座番号