

奈良市アピランスケア支援事業補助金交付請求書

(宛先) 奈良市長

申請者 住 所 : _____

氏 名 : _____

電話番号 : _____

下記のとおり、奈良市アピランスケア支援事業補助金を請求します。

金 _____ 円

振込先口座情報 (※ゆうちょ銀行を指定される場合は、裏面の書き方をご参照ください)

金融機関名	(銀行コード:)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	支店名	(支店コード:)	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 (<input type="checkbox"/> その他)		口座番号 ※左詰め		
フリガナ			※口座番号が確認できる通帳やキャッシュカードの写しの添付または提示が必要です		
口座名義人					

※注意事項の記載がありますので、裏面もご確認ください※

