|  |  |
| --- | --- |
| 第５号様式(第７条関係） | 令和　　年　　 月 　　日 |
| **奈良市アピア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、奈良市アピア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：　　　　　　　） | | | □　銀行  □　金庫  □　組合 | 支店名 | （支店コード：　　　　　　　） | | | | | | □　本店  □　支店  □　出張所 | |
| 預金種別 | □普通 | □当座 | □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※**

**※注意事項**

|  |
| --- |
| 1. 振込先口座情報について |
| ☞振込先に指定できる口座は、申請書にご記入いただいた「申請者」の口座です。    　☞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をお願いいたします。  　☞通帳等に記載されている「４桁の銀行コード（金融機関コード）と「３桁の支店コード」も  ご記入ください。  　☞「ゆうちょ銀行」を振込先に指定される方は、次の項目にご注意ください（下記記載例を参考）。  　　　・他銀行から振込ができる支店名（３桁）・口座番号（７桁）を記入してください。  　　　・通帳に「記号」（５桁）と「番号」（８桁）しか記載されていない場合は、  ゆうちょ銀行のホームページ等にてご確認ください。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 金融機関名 | **ゆうちょ**  （銀行コード: **９９００**　　） | | | ☑ 銀行  □　金庫  □ 組合 | 支店名 | （支店コード：　　**７７７**　　） | | | | | | □　本店  ☑ 支店  □　出張所 | | | 預金種別 | ☑普通 | □当座 | □その他  （　　　　　　　　） | | 口座番号  ※左詰め | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **7** |   ★ゆうちょ銀行を指定される場合の記載例  **七七七** |
|
| 1. 提出方法及び提出・問い合わせ先 |
| ☞提出方法：下記（１）～（３）のいずれかの方法で提出してください。  （１）窓口（平日：午前９時から午後５時まで）  　　　　 　　（２）郵送  　　　　　　　(３) 電子申請：URL（<https://logoform.jp/form/p6et/536103>)    ☞提出先：〒６３０－８１２２  奈良市三条本町１３番１号  　　　　　　　奈良市健康増進課（はぐくみセンター３階）  　　　　　　　電話番号：０７４２－３４－５１２９ |