様式第6号（第7条関係）

丸亀市こうのとり支援事業助成金請求書

年　　　月　　　日

丸亀市長 宛

申請者　住所

氏名

電話番号

　　　年　　月　　日付け　　第　　号で決定通知のあった丸亀市こうのとり支援事業助成金を給付くださるよう、丸亀市こうのとり支援事業実施要綱第7条の規定により請求します。

記

１　　請求額　　　金　　　　　　　　　　　円

２　　振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　 |  |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号 |  |
| ふりがな口座名義人 |  |

　　※申請者名義の口座を記入してください。

受給者番号（市役所で記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 治療期間 |