

# 申 立 書

私が千葉県健康福祉部健康づくり支援課から支払いを受ける補助金については、下記の口座に振込みを希望します。

記

銀行名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 \_\_\_\_\_

預金種目 \_\_\_\_\_ 普 通 ・ 当 座 \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

口座名義 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フリガナ \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_