

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 〇〇〇〇〇〇〇〇

7桁の番号を記載

フリガナ イリョウホウジンシャダン〇〇カイ チハ タロウ

口座名義 医療法人社団〇〇会 千葉太郎

令和6年〇月〇〇日

提出年月日

【法人の場合】法人名、開設者名
【個人の場合】開設者名
を記載

フリガナ チバシ チュウオウク イハバチョウ

住 所 〒260-8667 千葉市中央区市場町1-1

フリガナ チハ タロウ

氏 名 千葉 太郎

開設者名を記載

電話番号 △△△-×××-□□□□

FAX 番号 △△△-×××-□□□□