

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5年 月 日

フリガナ _____

住 所 〒 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____