

六ヶ所村禁煙外来治療費助成金請求書

年 月 日

六ヶ所村長 様

住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

六ヶ所村禁煙外来治療費助成金を下記のとおり請求します。

1. 助成事業名

禁煙外来治療費助成事業

2. 請求金額

\_\_\_\_\_ 円

《振込先口座》

| 振込先金融機関名 | 預 金<br>種 別 | 口座番号 | (ふりがな) |
|----------|------------|------|--------|
|          |            |      | 口座名義人  |
| 本・支店     | 普通         |      |        |
|          | 当座         |      |        |

※添付書類等 （1）振込先口座が確認できる預金通帳等