別記様式第４号（第９条関係）

年　　月　　日

関市長　様

（申請者）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

関市禁煙外来治療費助成金交付請求書

　　　　　年　　月　　日付け関市指令　第　　　　　号により交付決定を受けた関市禁煙外来治療費助成金について、関市禁煙外来治療費助成金交付要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり請求します。

１　請求金額　　金　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　行  　　　　　　　　　　　　金　庫  　　　　　　　　　　　　組　合  　　　　　　　　　　　　農　協 | | | 本　店  　　　　　　　　　支　店  　　　　　　　　　出張所 |
| 預貯金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義人 |  | | | |

注意事項

　　振込先は、申請者（請求者）名義の口座を記入してください。