

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。