

福島県アピランスケア助成事業費補助金交付請求書

年 月 日

福島県知事

(申請者（自書）)

住 所 _____

氏 名 _____

年 月 日付け福島県指令健第 号で交付決定のあった福島県アピランスケア助成事業費補助金について、下記のとおり交付して下さるよう請求します。

記

1 請求金額

金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 ・ 当座					
フリガナ			口座番号						
口座名義 (※申請者名義)									

※口座番号等が確認できる通帳の写しを添付すること。