

小樽市介護用品助成事業指定店登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 小樽市長

申請者 住 所
名 称
代表者名 印
電話番号

小樽市介護用品助成事業実施要綱第13条の規定に基づき下記のとおり登録を受けたいので申請します。

フリガナ		
販売店名		
販売店所在地		
販売店電話番号		
業務担当者氏名		
助成金 振込先	口座名義人 住 所	
	フリガナ	
	口座名義人	
	金融機関名	
	支店名	
	種 別	1 普通 2 当座 3 別段
	口座番号	