

様式第5号（第9条関係）

年 月 日

多治見市長

〒

住所

氏名

印

電話

多治見市子どもと妊婦を守るための禁煙外来治療費助成金交付請求書

多治見市子どもと妊婦を守るための禁煙外来治療費助成金交付要綱第9条に基づき、  
助成金の交付を請求します。

請求金額	円	
振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合
	本支店名	本店 ・ （ 支店）
	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

※口座名義人は請求者本人に限ります。