第６号様式

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　印

令和４年度市町村健康づくり運動実践活動助成金請求書

　市町村健康づくり運動実践活動助成事業実施要綱第１２条の規定に基づき、下記のとおり助成金を請求します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金請求額　　　　金　　　　　　　　　円

３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通　　　・　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |
| カナ名義 |  |

　※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーを添付してください。