様式第４号（第７条第１項関係）

平成　　年　　月　　日

記入しないでください。

弘 前 市 長　様

赤字の部分を記入してください。

〒０３６－８２０７
請求者　白銀　花子
住所　　弘前市大字上白銀町１

氏　名　白銀花子　白銀

シャチハタ以外のものを押印ください。

平成３０年度弘前市大腸がん早期治療奨励金請求書

平成　　年　　月　　日付け弘健推収第　　号をもって交付決定の　通知を受けた下記奨励金について、弘前市会計規則第５４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　　円

２　奨励金名称　　平成３０年度弘前市大腸がん早期治療奨励金

３　奨励金の交付決定額　　金　　円

４　振込口座
（１）金融機関及び支店名　　銀行　　支店
（２）口座番号　　普通
（３）口座名義人

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

担当　健康福祉部健康づくり推進課
☎　３７－３７５０

様式第４号（第７条第１項関係）

平成　　年　　月　　日

弘 前 市 長　様

〒
請求者
住所

氏　名　　印

平成３０年度弘前市大腸がん早期治療奨励金請求書

平成　　年　　月　　日付け弘健推収第　　号をもって交付決定の通知を受けた下記奨励金について、弘前市会計規則第５４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　　円

２　奨励金名称　　平成３０年度弘前市大腸がん早期治療奨励金

３　奨励金の交付決定額　　金　　円

４　振込口座
（１）金融機関及び支店名　　銀行　　支店
（２）口座番号　　普通
（３）口座名義人

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

担当　健康福祉部健康づくり推進課
☎　３７－３７５０