

中野市シルバーいきいき応援券給付事業
中野市在宅福祉支援事業

取扱事業者登録申込書

令和 年 月 日

中野市長 あて

名 称 _____

事 業 者 住 所 _____

代表者氏名 _____

電 話 番 号 _____

「中野市シルバーいきいき応援券給付事業」・「中野市在宅福祉支援事業」の趣旨に賛同し取扱事業者の登録を申し込みます。(取扱を希望する助成券に○をしてください。)

	中野市シルバーいきいき応援券		理容料・美容料助成券 (中野市在宅福祉支援事業)
	通院費等助成券 (中野市在宅福祉支援事業)		介護用品給付券 (中野市在宅福祉支援事業)

★ 応援券・各種助成券申込者 (各項目をご記入ください)

フリガナ			
店舗名 (屋号)			
店舗・事業所 所在地			
業 種			
店舗電話番号		FAX 番号	
メール等			

★ 応援券・各種助成金振込先 (変更有・新規申し込み業者はご記入ください)

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 ・ 労働金庫 農協 ・ 信用組合 ・ ゆうちょ銀行の場合は記号		
支店名			
口座種別・番号	当座 ・ 普通	ゆうちょ銀行の場合は番号	
フリガナ			
口座名義			

※店舗名、店舗所在地、業種、店舗電話番号については、取扱店舗情報として公開します。