様式第５号

**令和５年度　ＮＨＫ歳末たすけあい助成金交付請求書**

【ハンセン病療養所入所者支援事業・母子生活支援施設入所者支援事業】

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人茨城県共同募金会

会　長　　岩　上　　堯　　様

法人・団体名

代表者名職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

施設名

所在地　〒

電話番号

担当者名

令和　年度共同募金の助成について、下記のとおり助成金の交付を請求いたします。

記

１ 交付請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２ 助成金の使途　　　　令和　年度入所者支援金として

３　助成金の振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人(施設)・団体名義の金融機関口座 |  | | 銀行・信用金庫・信用組合・  農業協同組合・（　　　　） | | |  | 本店・支店 |
| 口座の種類 | 普通 ・ 当座 | | 口座番号 |  | | |
| 口座の名義 | フリガナ | | | | | |
|  | | | | | |

注1　通帳の契約者名・支店名記載部分のコピーを添付してください。

注2　請求者と口座の名義が異なる場合は委任状を添付してください。