別紙

　 社会福祉法人和光市社会福祉協議会福祉共育推進校指定事業助成金交付請求書

令和　　　年　　月　　日

社会福祉法人和光市社会福祉協議会

会 長　 木　 田 　　亮　 様

申請者 住　所

学校名

代表者名 　　　　　　 　　　　㊞

和光市社会福祉協議会からの振り込みは、下記口座へお願いします。

記

助成金請求額　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 　振込先銀行名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行・金庫　　　　　　　　　　支店 |
| 口座番号 | 当座・普通　　　　　NO |
| 口座名義（ふりがな）名義人名 |  |

※入金ミス防止のため、通帳表紙及び表紙をめくった裏面の写しを添付いただくようお願い致します。

※令和３年６月２４日（木）までに和光市ボランティアセンターまでご提出(郵送・持参可)下さい。

【問い合わせ先】

社会福祉法人　和光市社会福祉協議会

和光市ボランティアセンター

〒351-0104　和光市南１－２３－１

TEL・FAX　 　０４８－４５２－７６０６

受付時間　平日９時～１６時(祝祭日除く)