

様式第1号 (第3項関係)

観音寺市乳児紙おむつ等支給事業取扱店登録申込書

年 月 日

観音寺市長 宛て

住 所

事業所名

申 込 者

代表者名

(※)

※本人による署名に代えて、記名押印することも出来ます。

観音寺市乳児紙おむつ等支給事業取扱店の登録を申し込みます。

なお、登録に当たり「観音寺市乳児紙おむつ等支給事業取扱店募集要領」を厳守することを誓約します。

1 観音寺市乳児紙おむつ等支給事業取扱店の登録を受けようとする店舗の名称及び所在地

事業所名		
所在地	観音寺市	
担当者名	(連絡先) TEL	FAX
	E-mail アドレス	
業 種	1 薬局 2 スーパー 3 ホームセンター 4 その他 ()	
	いずれかを○で囲んでください。(複数選択不可)	

2 申請者の口座 (引換え済みの子育て家族応援チケットの換金は、当該口座への振込にて行います。)

金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	出張所
	農協 組合		
	金融コード※市で記入	支店コード	
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		