冠寄附・助成プログラム助成金請求書

　　　　年　　月　　日

公益財団法人  
長野県みらい基金　理事長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 団体名 |  |
| 代表者  役職・氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 発行責任者及び担当者 | |
| 氏名 |  |
| TEL |  |
| メールアドレス |  |

冠基金「　　　　　　　　　　　　　　　　　」について、下記のとおり申請します。

記

# １．冠基金名

「　　　　　　　　　　　　　　　　　」助成金

# ２．助成金の活用目的

# ３．助成金請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 助成決定額 | 円 |

# ４．助成金の振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種類 |  |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人名 |  |

（注）団体名義の口座情報をご記入ください（個人名義は不可）。