

# 助成申請書

年 月 日

公益社団法人東京都眼科医会  
会 長 福田 敏雅 殿

住所 〒

団体名

代表者

印

事務連絡者

連絡先 TEL

FAX

失明予防・視覚障害者団体助成金の交付を下記のとおり申請致します。

記

1. 助成対象者（団体名） \_\_\_\_\_

2. 助成対象事業年度 年 月 日～ 年 月 日

3. 助成金入金希望口座 \_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_支店

普通 ・ 当座

名義 \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_