

別記第3号様式（第9条関係）

砂川市乳児おむつ無料クーポン券取扱店登録申請書

年 月 日

砂川市長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 印

電話番号 _____

砂川市乳児おむつ無料クーポン券取扱店の登録を希望しますので、砂川市乳児おむつ無料クーポン券支給事業実施要綱第9条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

事業所名	
代表者名	
取扱店名	
所在地	
連絡先	電話番号 F A X
備 考	