

別記

様式第4号（第7条関係）

白子町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付請求書

年 月 日

白子町長 様

申請書 住所

氏名 ㊞

（事業所にあつては、所在地、名称及び
代表者の氏名とする）

電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった白子町骨髓移植ドナー支援事業
助成金について、白子町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第7条の規定により、次のとお
り請求します。

請求額 円

振込先口 座	金融機関	銀行・金庫・組合・農協
	本支店名	本店・支店・支所・出張所
	口座番号	普通・当座（番号 ）
	フリガナ	
	口座名義人	

※交付決定を受けたドナー本人及び事業所以外の口座には振込できません。