

別記
様式第4号（第7条関係）

白子町骨髓等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 号で交付決定のあつた白子町骨髓等移植ドナー支援事業助成金
について、白子町骨髓等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。