

様式第4号（第7関係）

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書

大町市長 殿

年 月 日

申請者 住 所
氏名又は
事業所名
(代表者名) 印
電話番号

年 月 日付 第 号で交付決定のあった骨髄等移植ド
ナー支援事業助成金について、大町市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第7
の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 交付請求額 円

2 振込先口座

| | | | |
|---------|---------|-------------|--|
| 金 融 機 関 | | 支 店 ・ 支 所 名 | |
| 口 座 種 別 | 普通 ・ 当座 | 口 座 番 号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |