

様式第 2 号(第 4 条関係)

石井町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付請求書(ドナー用)

年 月 日

石井町長 殿

請求者 住所

氏名 ⑩

電話番号

石井町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の請求について、石井町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円(対象日数	日分)
------	---	--------	-----

2 口座振込先

金融機関名		店舗名	
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			