

様式第4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(事業所用)

年 月 日

石井町長 殿

請求者 所在地
事業所名
代表者(職・氏名) 印
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
------	-----

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			