

奥多摩町骨髓移植ドナー支援事業助成金請求書

奥多摩町長 あて

申請者 住所又は
所在地

氏名又は名称
及び代表者名

印

電話番号

奥多摩町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

請求額 円

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

振込先金融機関		店番号	口座番号						
銀行 信用金庫 農協	本店								
	支店	口座名義 (カタカナ)							
口座種別	普通・当座		口座は、申請者名義のものに限ります。						