

蟹江町骨髓提供者等助成金交付請求書【骨髓提供者用】

年 月 日

蟹江町長 殿

申請者 住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

印

生年月日

電話番号

蟹江町骨髓提供者等助事業要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円	( 計	日分 )
------	---	---	-----	------

2 振込先 (次の口座に振込みを依頼します。)

金融機関名		支店名	
フリガナ			
口座名義人	(注)提供者(申請者)本人名義の口座を記入して下さい。		
預貯金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	