

蟹江町骨髓提供者等助成金交付請求書【事業所用】

年 月 日

蟹江町長 殿

申請者 所 在 地 〒

事業所名

代表者職・氏名

㊞

電話番号

蟹江町骨髓提供者等助成事業要綱第 6 条に基づき、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)申請者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	