

様式第2号（第4条関係）

海陽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

（宛先）海陽町長

請求者 住所
氏名
電話番号

海陽町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の請求について，海陽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			