

様式第4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（事業所用）

年 月 日

（宛先）海陽町長

請求者 所在地
事業所名
代表者（職・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
------	-----

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			