第５号様式（第６条関係）

　　年　　月　　日

善通寺市長　　様

申請者　所在地

事業所名

代表者氏名 ㊞

電話番号

善通寺市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付請求書（事業所用）

善通寺市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第６条の規定により，次のとおり善通寺市骨髄等移植ドナー支援事業補助金を請求します。

請　求　額　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫 支店・出張所  組合・農協 支所 | | |
| フリガナ |  | 預金種目 | 普通　当座 |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |

※　印鑑は申請書に押印したものと同一のものを使用してください。