

様式第 5 号（第 6 条関係）

年 月 日

多度津町長 様

申請者 所在地
事業所名
代表者氏名 印
電話番号

多度津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）

多度津町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次の
とおり多度津町骨髓等移植ドナー支援事業助成金を請求します。

請 求 額 _____ 円

金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預 金 種 別	普通・当座	
口 座 番 号		
フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人		

*印鑑は申請時に使用したものを使用してください。