様式第５号（第６条関係）

　　年　　月　　日

袖ケ浦市長　　　　　　　様

所在地

　事業所名

申請者

代表者氏名

電話番号

袖ケ浦市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付請求書（事業所用）

年　　月　　日付け袖ケ浦市指令第　　号で交付決定のあった袖ケ浦市骨髄移植ドナー支援事業助成金について、袖ケ浦市骨髄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、下記のとおり請求します。

記

１　請求金額　　　　　　　　　円

２　振 込 先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | 本・支店 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | |
| 口座番号 |  | |
| ふりがな |  | |
| 口座名義人 |  | |