

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

日の出町骨髓移植ドナー支援事業助成金請求書

日の出町長 様

申請者 住 所 又 は  
所 在 地 \_\_\_\_\_

氏名又は名称  
及び代表者名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

日の出町骨髓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助成金の交付を請求します。

記

請求金額 ..... 円

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

振 込 先	金融機関名	銀行（支店番号： _____）本店 金庫 _____ 支店 組合 _____ 出張所								
	口座種別	普通 当座 預金	口座番号							
	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同一人	( _____ )								