

様式第 5 号（第 6 条関係）

年 月 日

琴平町長 様

申請者 所在地

事業所名

代表者氏名 ⑩

電話番号

琴平町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（事業所用）

琴平町骨髄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、次のとおり琴平町骨髄等移植ドナー支援事業助成金を請求します。

請 求 額 _____ 円

| | | | | | |
|-------------|-------|----------------|------|-------|--------------|
| 振 込 先 | 金融機関名 | 銀行・金庫 組合・農協 | | | 支店・出張所 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。