

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

琴平町長 様

申請者 住所

氏名 ⑩

電話番号

琴平町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（ドナー用）

琴平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、次のとおり琴平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

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。