様式第５号（第６条関係）

臼杵市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付請求書（事業所用）

年　　月　　日

　臼杵市長　様

申請者　〒

　　　　　　　　　住所

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　㊞

電話番号

　　　　　年　　月　　日付け、　第　　　　号により決定のありました臼杵市骨髄移植ドナー等支援事業助成金について、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 | 種目 | 口座番号 |
| 　　　　　　　　銀行・金庫　　　　　　　　組合・農協 | １　普通２　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 支店名 | 口座名義（フリガナ） |
| 　　　　　　　本店・支店　　　　　　　支所・出張所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |