

一宮市骨髄移植ドナー等助成金交付請求書（事業所用）

年 月 日

（あて先）一 宮 市 長

申請者 所 在 地 〒

事 業 所 名

代表者職・氏名

電 話 番 号

一宮市骨髄移植ドナー等助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円	（ 計	日分	）
------	---	---	-----	----	---

2 振込先（次の口座に振込みを依頼します。）

金融機関名		支店名	
フリガナ			
口座名義人	(注)申請者名義の口座を記入して下さい。		
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	