

様式第5号（第6条関係）

年 月 日

三豊市長 様

所在地

事業所名

代表者氏名

担当者名（所属）

電話番号

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（事業所用）

三豊市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、次のとおり三豊市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		