

高取町骨髄移植ドナー支援事業助成金請求書（ドナー用）

年 月 日

高取町長

【請求者】 住所：

氏名： 印

生年月日： 年 月 日生

電話：

高取町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付について、高取町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条に基づき、下記のとおり請求します。なお、助成金の交付を認められた場合には、下記振込口座欄記載の口座への振込を依頼します。

請求金額	円
------	---

振込口座			
金融機関名	銀行・信金 労金・信組 農協	支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
名義人			