

高取町骨髄移植ドナー支援事業助成金請求書（事業者用）

年 月 日

高取町長

【請求者】 住所：

事業者名：

代表者名：

印

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	
助成対象 従業員	氏名	
	勤務地	

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		