

様式第5号（第6条関係）

赤磐市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等支援事業助成金交付請求書（事業所用）

年 月 日

赤磐市長 様

申請者 所在地

事業所名

代表者名

㊞

電話番号

赤磐市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり赤磐市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等支援事業助成金を請求します。

請 求 額

円

《振込先口座》

| | | | |
|-------|--------------|------|-----|
| 金融機関名 | 銀行・農協 | | 本店 |
| | 信用金庫 | | 支店 |
| | 信用組合・労働金庫 | | 出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 ・ 預金 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |