

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			