

様式第4号（第4条関係）

小松島市骨髄等移植ドナー助成事業助成金交付請求書（事業所用）

年 月 日

（小松島市長 様

請求者 所在地
事業所名
代表者（職・氏名） ⑩
電話番号

小松島市骨髄等移植ドナー助成事業助成金の請求について、小松島市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円
------	---	---

2 口座振込先

金融機関名		店舗名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			