

様式第 5 号 (第 6 条関係)

愛西市骨髄提供者助成事業補助金交付請求書 (提供者用)

年 月 日

(宛先) 愛西市長

申請者 住所

氏名

電話番号

愛西市骨髄提供者助成事業補助金交付要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり請求します。

請求金額		金			円		
振込先	金融機関名		支店名				
	フリガナ						
	口座名義人	(注)申請者本人名義の口座を記入して下さい。					
	預貯金種類	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号			