

年 月 日

羽村市骨髓移植ドナー支援事業助成金請求書

羽 村 市 長 あて

申請者 住 所 又 は  
所 在 地

氏名又は名称  
及び代表者名

印

電 話 番 号

羽村市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

請求額 \_\_\_\_\_ 円

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

振 込 先 金 融 機 関		店番号	口 座 番 号						
銀行 信用金庫 農協	本店								
	支店	口座名義 (カタカナ)							
口座種別	普通 ・ 当座	口座は、申請者名義のものに限ります。							