第5号様式（第6条関係）

桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金請求書（ドナー用）

年　　月　　日

（宛先）桜井市長

請求者 住所：

氏名：

電話番号：

桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| 振　込　口　座 |
| 金融機関名 | 銀行・信金労金・信組農協 | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |
| フリガナ |  |  |
| 口座名義人 |  |