年　　　月　　　日

　八王子市長　殿

請求者　所在地

　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

八王子市骨髄移植ドナー支援事業助成金請求書（事業所用）

　八王子市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第６条第１項の規定に基づき、骨髄移植ドナー支援事業助成金を下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  |  |  |  |  |  | 円 |

　助成金は、下記口座に振込頼います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 本　店支　店出張所 |
| コード |  |  |  |  | コード |  |  |  |
| 預金種目 | 普通　　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  |

※印鑑は申請書と同じものを使用してください。