　　　　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。