

様式第2号（第4条関係）

東みよし町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（ドナー用）

年 月 日

（宛先）東みよし町長

請求者 住所

氏名 ⑩

電話番号

東みよし町骨髄等移植ドナー支援事業助成金の請求について、東みよし町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円	（対象日数	日分）
------	---	---	-------	-----

2 口座振込先

金融機関名		店舗名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

3 添付書類

受取口座通帳の写し