第４号様式（第６条関係）

年 　 　月 　　日

三郷町長 　　　　様

　　　　　　　 （請求者）住 所

　　　 氏 名 　　印 電 話

三郷町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付請求書

三郷町骨髄移植ドナー支援事業助成金について、三郷町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1. 請求内容

|  |  |
| --- | --- |
| 指令年月日・番号 | 年　　　月　　　日　・　三郷町指令　第　　　　　号 |
| 請 求 金 額 | 円 |

1. 振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | |  | | | | |
| 店 番 |  |  |  | 支店名 | | 本店・支店・出張所 | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座種別 | 普通・当座 |
| フリガナ |  | | | |  | | | | |
| 口座名義人  （申請者本人） |  | | | |  | | | | |

※ ゆうちょ銀行の場合は、店番を必ず記入してください。