様式第５号(第７条関係)

みよし市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付請求書【事業所用】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

みよし市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地　〒

みよし市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　みよし市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第７条の規定に基づき、次のとおり申請します。

１　請求内容

請求金額　　金　　　　　　　　　　円　（　計　　　日分　）

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  | | | | | | | |
| 種　目 | 普通　・　当座 | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

※振込先は、申請事業所名義の口座に限ります。