第６号様式（第６条関係）

三宅町骨髄移植ドナー支援事業助成金請求書（事業者用）

年　　　月　　　日

三宅町長

請求者　所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　三宅町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、三宅町骨髄移植ドナー支援

　事業助成金交付要綱第６条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　求　額 | 円 | | | | | | | | | |
| 対　象　者  （ 従 業 員 ） | 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 勤務地 |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 支店名 | 分類 | 口座番号 | | | | | | | フリガナ |
| 口座名義人 |
| 銀行  信用金庫  農業協同組合 | 本・支店  出張所 | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |