

三宅町骨髓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：

三宅町骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付について、三宅町骨髓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		