

森町骨髓移植ドナー支援事業補助金請求書

年 月 日

森町長 様

住所 [ ]  
請求者 氏名 [ ] ⑩  
電話番号

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の決定及び確定通知を受けた補助金について、森町骨髓移植ドナー支援事業補助金交付要綱第7条の規定により次のとおり請求します。

記

1 請求金額 円

2 振込先金融機関

|       |               |
|-------|---------------|
| 金融機関名 |               |
| 本・支店名 |               |
| 預金種別  | 普通 ・ 当座 ・ その他 |
| 口座番号  |               |
| フリガナ  |               |
| 口座名義  |               |