

様式第 5 号（第 7 条関係）

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書

平成 年 月 日

薩 摩 川 内 市 長 様

住 所 薩摩川内市

氏 名 印

下記のとおり請求します。

請 求 額										円
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

摘 要

薩摩川内市骨髄等移植ドナー支援事業助成

《口座振替依頼書》

整理番号

金融機関名	本店・支店・支所 出張所・代理店	種別	口座番号
		口 座 名 義 人	