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

年　　月　　日

薩　摩　川　内　市　長　　様

住　所　　薩摩川内市

氏　名　　㊞

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	