

年 月 日

八街市長 北村新司 様

住 所
申請者氏 名 ⑩
電話番号 — —

法人その他の団体にあつては、主たる
事業所の所在地、名称及び代表者の氏名

八街市骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で決定のあった八街市骨
髄等移植ドナー支援事業助成金について、下記のとおり請求します。

記

請 求 額		円
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫 組合・農協
		本店・支店 支所
	口 座 種 別	普通 ・ 当座
	口 座 番 号	
	フリガナ	
	口 座 名 義 人	