

様式第5号（第6条関係）

骨髓等提供支援事業助成金交付請求書（事業所用）

（アラビア数字で記載し，訂正しないでください。）

金額	¥	万	千	百	十	円

ただし，骨髓等提供支援事業助成金（事業所用）

年 月 日

上記の金額を請求します。

坂出市長 様

申請者 住 所

事業所名

Ⓔ

代表者名

振込先	銀行 信用金庫 農協 ()	支店 出張所 支所
預金種目	普通 ・ 当座	
口座番号		
口座名義人 (申請者と同一名義に限る。)	(フリガナ)	

※ 請求印は，申請書に押印した申請印と同一の印鑑を使用してください。

