

御殿場市骨髄ドナー助成金請求書

年 月 日

御殿場市長 様

住所又は所在地  
請求者 氏名又は名称  
代表者氏名  
電話番号

年 月 日付け 第 号により交付の決定を受けた助成金について、  
御殿場市骨髄ドナー助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求額 円

2 振込先

金融機関	銀行 金庫 農協									本店 支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号								
フリガナ										
口座名義人										

※口座名義人は、請求者と同一とする。