

佐々町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

㊟

佐々町骨髓等移植ドナー支援助成金交付請求書

佐々町骨髓等移植ドナー支援助成金交付要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

1 請求額 _____ 円

2 振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号
ゆうちょ銀行	記号	番号
フリガナ		
口座名義人		