

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 住所

氏名 ㊟

電話番号

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（ドナー用）

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金を請求します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

受取方法 （どちらかにチェック☑を付けてください。）	<input type="checkbox"/> 口座振込	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		支店・出張所 支所
		フリガナ		預金種目	普通 当座
		口座名義人		口座番号	
	<input type="checkbox"/> 現金払	市役所1階出納室でのお受け取りとなります。別途お知らせする日以降に市役所までお越してください。			

※ 印鑑は申請書に押印したものと同一のものを使用してください。