

事業所 請求書

様式第 5 号 (第 6 条関係)

決定通知書に記載している日付以降の日付を御記入ください。

××年×月×日

左記の申請者の欄に記載する「所在地」「事業所名」「代表者氏名」及び「印鑑」は、**申請書と同一**にしてください。

申請者 所在地 高松市番町〇丁目〇番〇号
事業所名 〇〇株式会社〇〇営業所
代表者氏名 所長 高松 次郎 ㊟

昼間連絡のとれる電話番号を御記入ください。

電話番号 087-839-2879

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書 (事業所用)

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。

請求額の訂正は不可です。

請求額 50,000 円

振込先	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 組合・農協	〇〇 支店 出張所 支所
	フリガナ	〇〇株式会社 〇〇営業所	預金種目 普通 当座
	口座名義人	〇〇カブシカアイヤ 〇〇エイギョウシヨ	口座番号 0111111111

ゆうちょ銀行の場合、支店名は三桁の漢数字 例) 一二三

※ 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。

口座番号などの誤記に御注意ください。