

様式第 5 号（第 6 条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 所在地

事業所名

代表者氏名 ㊞

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（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 _____ 円

振 込 先	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		

※ 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。