

様式第5号（第7条関係）

年 月 日

日之影町長 様

住 所（所在地）

氏 名（名 称）

㊞

（代表者の職氏名）

日之影町骨髓移植ドナー支援事業奨励金請求書

決定のあった日之影町骨髓移植ドナー支援事業奨励金を請求します。

請求金額 _____ 円

（振込口座）

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

（添付書類）

上記の振込口座が確認できる書類の写し（通帳のコピー等）