

様式第3号（第6条関係）

太良町骨髓等移植ドナー支援助成金交付請求書

年 月 日

太良町長 様

下記のとおり請求します。

記

名 称	金 額
太良町骨髓等移植ドナー支援助成金	金 円

請 求 者	
〒	
住所	
氏名	_____ 印

次の口座への振込みを依頼します。

金融機関名	銀行・金庫 信用組合 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

※提供者本人以外の口座には振込みできません。