様式第３号（第６条関係）

砥部町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書

　　年　　月　　日

砥部町長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　 請求者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　 　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話

　　　年　　月　　日付け砥部町指令　　砥保第　　号で交付決定を受けた砥部町骨髄等移植ドナー支援事業助成金について、次のとおり請求します。

１　請求金額　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　本　店  　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　支　店  　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | |
| 預金種別 | □　普通　　　　　　　　□　当座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （ふりがな）  口座名義人（※） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

※　提供者本人以外の口座には振込みできません。

　　口座名義人（ふりがな）は、通帳等で確認の上、正確に記入してください。

　 （濁点の有無、「お」と「を」の違いなどにより、振込みできない場合があります。）