様式第６号（第６条関係）

岡崎市骨髄移植ドナー支援事業費補助金請求書（事業所用）

年　　月　　日

　（宛先）岡崎市長

請求者　所在地

事業所名

代表者職・氏名

電話番号

岡崎市骨髄移植ドナー支援事業費補助金交付要綱第６条第２項の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

１　請求金額

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 金　　　　　　　　円　　（　計　　　日分　） |

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　　　　　行　　　　　　　　　　　　　　支　 店  信用金庫  農業協同組合　　　　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | 銀行･支店コード | | | |
| 預金種目 | １ 普通　　２ 当座　　３ 貯蓄 | 口座番号 |  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | |

* 太線の中をご記入ください。