様式第４号（第８条関係）

河津町骨髄ドナー助成金請求書

年　　月　　日

　河津町長　様

請求者

住所又は所在地

氏名又は名称

及び代表者名

年　月　日付　第　号により助成金の決定を受けた河津町骨髄ドナー助成金として、下記のとおり請求します。

１　請求額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | | 銀行  金庫  農協 |  | | | | | 本店  支店  出張所 | | |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | |

* 口座名義人は、請求者と同一とする。