

久米南町骨髓・末梢血幹細胞ドナー等支援事業助成金交付請求書（事業所用）

年 月 日

久米南町長 殿

申請者 所在地
事業所名
代表者名 ⑩
電話番号

久米南町骨髓・末梢血幹細胞ドナー等支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり久米南町骨髓・末梢血幹細胞ドナー等支援事業助成金を請求します。

請 求 額

¥ _____ 円

《振込先口座》

金融機関名	銀行・農協		支 店 名	本店
	信用金庫			支店
	信用組合・労働金庫			出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				