様式第４号（第７条関係）

佐久市骨髄等ドナー支援事業助成金交付請求書

年　　月　　日

（請求先）佐久市長

請求者　住所又は

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は

事業所名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定・確定があった佐久市骨髄等ドナー支援事業助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行・金庫　　　　　　　　　本店・支店  　　　　　　　組合・農協　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 預金種目 | 普通　　当座 | | | | | | |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※ドナー名義又は勤務事業所名義以外の口座には振込みできません。