

様式第5（第6条関係）

新城市骨髄等提供者等助成金交付請求書

年 月 日

新 城 市 長

申請者 住所又は所在地
氏名又は事業所名 印
並びに代表者職及び氏名
電 話 番 号

新城市骨髄等提供者等助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり新城市骨髄等提供者等助成金の交付を請求します。

請求金額 金 _____ 円

なお、上記の金額については、次の口座に振り込みを依頼します。

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店
口座の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人	(注) 申請者本人名義の口座を記入してください。		