

千葉市骨髄移植ドナー支援事業助成金請求書

年 月 日

(宛先) 千葉市長

請求者 住 所 _____

氏名又は

代表者名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

電話番号 _____

年 月 日付け 第 号で助成金の交付決定があった千葉市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、千葉市補助金等交付規則第16条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額		円		
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	口座名義人 (カナ)			

※提供者本人以外の口座には振込できません。