第6号様式（第6条関係）

桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金請求書（事業者用）

年　　月　　日

（宛先）桜井市長

請求者 所在地：

事業者名：

代表者氏名：

電話番号：

（事業所名：　　　　　　　　　）

桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 対 象 者従業員 | 氏　名 |  |
| 勤務地 |  |

|  |
| --- |
| 振　込　口　座 |
| 金融機関名 | 銀行・信金労金・信組農協 | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |
| フリガナ |  |  |
| 口座名義人 |  |