

年 月 日

(宛先) 幸田町長

申請者  
住 所  
事業所名  
代表者職・氏名  
電話番号

幸田町骨髓移植ドナー支援助成金交付請求書（事業所用）

幸田町骨髓移植ドナー支援助成金交付要綱第6条に基づき、次のとおり請求  
します。

記

1 請求内容

請求金額	金	円（計	日分）
------	---	-----	-----