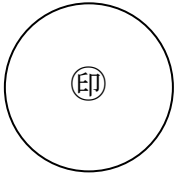


請 求 書

逗 子 市 長

〒 ー

捨印



所在地

事業所名

代表者氏名

印

次のとおり請求します。

請求金額.....円

(骨髄移植ドナー支援事業助成金・事業所用)

【振込口座】

ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方にご記入ください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	フリガナ 口座名義
		1. 普通		
金融機関コード	店番号	2. 当座		

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、 ※欄にご記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください。)	フリガナ
			口座名義
	1 0 ※		