

様式第 5 号（第 6 条関係）

豊後大野市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付請求書（事業所用）

年 月 日

豊後大野市長 様

所在地
申請者 事業所名 ⑩
代表者氏名
電話番号 ()

豊後大野市骨髄移植ドナー等支援事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり請求します。

記

助成金交付請求額 _____ 円