

第 6 号様式（第 6 条関係）

請求書（ドナー用）

年 月 日

請求内訳	日数	1日あたりの金額	合計金額
川崎市骨髄ドナー 支援助成金	_____（日）	20,000 円	_____円

請 求 金 額

¥ \_\_\_\_\_ 円

（あて先）川崎市長

上記の金額を請求します。次の口座へ振込みください。

住 所

氏 名

印

【振込口座】

金融機関名									
支店名等									
フリガナ									
口座名義人									
預金種別	普 通	口座 番号							
	当 座								
	貯 蓄								

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付要綱第 4 条に規定する交付申請の書類と併せて提出された場合には、川崎市骨髄ドナー支援助成金交付要綱第 5 条に規定する交付決定があった日に請求の効力が生じる。

（川崎市記入欄）

交付決定日 年 月 日