

第7号様式（第6条関係）

請求書（事業所用）

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）	10,000 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

事業所名

代表者氏名

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