

綾川町長 殿

住 所 :
申請者 名 称 :
代 表 者 : 印
電話番号 :

綾川町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書(事業所用)

綾川町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

1. 申請内容					
ドナーが勤務する事業所名及び所在地					
フリガナ		生年月日	昭 和	年 月 日生	
ドナー氏名			平 成		
骨髓等提供日におけるドナーの住所	〒 ー				
	綾川町				
申請金額	円				
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで(日分)				
	うち骨髓等提供日 年 月 日				
ドナー休暇制度の有無	無 有(内容 :)				
2. 請求内容					
振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店	
		信用組合・農協		出張所	
	フリガナ		預金種目	当座 、 普通	
	口座名義人		口座番号		

(確認事項) (□にチェックしてください。)

☐ ドナーの個人情報、匿名性を担保している骨髓バンク事業の特殊性に鑑み、取扱いには細心の注意をもってあたります。

- (添付書類) 1 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓提供の証明書の写し
2 振込先口座の通帳の写し

※担当者記入欄

申請年月日	年 月 日	交付・不交付決定日	年 月 日
確認欄	住所□ 証明書□ 納税□	交付金額	円