

年 月 日

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				
助成対象者(ドナー)	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名			
	〒 綾川町			
申請金額	円			
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで(日分) うち骨髓等提供日又は最終同意日 年 月 日			

2. 請求内容(事業所名義の口座を記載)

金機関名 支店名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
	普通 当座		

(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が完了又は最終同意後に中止になった事を証明する書類の写し
 2 助成対象者との雇用関係を証明する書類(雇用通知書等)
 3 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