

様式第2号（第4条関係）

下諏訪町骨髓バンクドナー助成金交付申請兼請求書（事業所用）

年 月 日

下諏訪町長 殿

申請者 所在地

事業所名

代表者名

印

電話番号

下諏訪町骨髓バンクドナー助成金交付要綱第4条第2項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

事業所名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
ドナーの氏名			
ドナーの住所	下諏訪町		
申請金額	10,000 円 × ( ) 日 = ( ) 円		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日分)		

2 添付書類

- (1) ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- (2) ドナーが骨髓等の提供のために休暇を取得した日（週休日を除く。）が確認できる書類
- (3) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証明する書類の写し
- (4) その他町長が必要と認める書類

3 請求内容

振込口座	金融機関名		本店・支店 出張所			
	フリガナ		預金種目	普通 ・ 当座		
	口座名義人		口座番号			

※申請者である事業所以外の口座には振込みをすることができません。