

様式第2号（第4条関係）

本巢市骨髓移植ドナー等助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住 所 〒

事業所名

代表者名

電話番号

本巢市骨髓移植ドナー等助成金交付要綱第4条第2項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請内容

申請金額		円		
ド ナ ー	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	提供が完了した日	年 月 日		
	提供が完了した日 時点の住所			
通院等の日数		年 月 日 から 年 月 日 (日分)		

※ドナーが骨髓等の提供が完了したことを証する書類（写し）及びドナーとの雇用関係を証する書類を添付すること。

2 振込先（申請者の口座に限る）

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		
フリガナ		預金種目	本店・支店・出張所 当座・普通
口座名義人		口座番号	