

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

本巢市長 様

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）

申請者 住 所  
事業所名  
代表者名 ⑩  
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、つぎのとおり交付を申請します。

申請内容

事業所名			
ふりがな		生年	
ドナー 氏名		月日	年 月 日
ドナー 住所			
申請金額	円		
対象期間	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。

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 本店・支店・出張所		
ふりがな		預金種目	当座・普通
口座名義人		口座番号	