

様式第2号（第4条関係）

神戸町骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

神戸町長様

年 月 日

〒

(申請者) 住 所

事業所名

代表者職・氏名

電話番号

神戸町骨髓等移植ドナー助成事業実施要綱第4条第2項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

フリガナ		生年 月 日	年 月 日生
ドナー氏名			
ドナー住所	〒		
申請金額	円		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日分）		
確認事項	次の項目について確認のうえ、□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に関し、本町以外の地方公共団体、団体等からの同種の助成金を受け取っていない。		

※ 添付書類

- ☐ 日本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（写し）
- ☐ ドナーとの雇用関係を証明する書類（在職（就労）証明書・労働条件通知書等）
- ☐ その他（ ）

骨髓移植ドナー助成金が決定された場合、次の口座に振込みを依頼します。

振込口座	金融機関名	銀行・金庫						本店・支店	
		組合・農協						出張所	
	預金種別	普通当座	(フリガナ) 口座名義人 (申請書と同一)						
	口座番号								(左詰記入)

<自治体記入欄>

申請受理年月日	年 月 日	決 定 内 容	承認・不承認
決 定 年 月 日	年 月 日		