

第2号様式（第4条関係）

寒川町骨髄等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）

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

申請者 所在地
事業所名
代表者氏名
電話番号

寒川町骨髄等移植ドナー支援事業実施要綱第4条第2項の規定により、次のとおり申請します。

ド ナ ー 氏 名	
ド ナ ー 生 年 月 日	年 月 日
ド ナ ー 住 所	
交 付 対 象 期 間 (うち助成対象日数)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
申 請 金 額	日間×1万円＝ 円
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類 <input type="checkbox"/> ドナーとの雇用関係を証する書類 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関名、口座名義人及び口座番号がわかるものの写し <input type="checkbox"/> その他 ()

ドナーに係る個人情報について、本人の同意を得たうえで本申請書兼請求書を提出します。

振 込 先 口 座	金融機関	銀行 農協 金庫		支店 支所 出張所
	口 座	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ		
		氏 名		