

第2号様式（第4条関係）

常滑市骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

常 滑 市 長 様

（申請者）

所在地 〒

事業所名

代表者職・氏名

印

電話番号

骨髓移植ドナー助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
なお、助成金の交付が決定された場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

1 助成申請額 10,000円× 日 = 円
（通院 日、入院 日、その他 日、合計 日）

2 交付対象者（ドナー）

住 所 〒

氏 名

（生年月日： 年 月 日）

3 骨髓等の提供日（ 年 月 日）

4 助成金の振込先

金融機関名	店名	種目	口座番号	（ふりがな） 口座名義人
銀行 信用金庫 農協		普通 当座		（ ）

5 添付書類

- （1）ドナーとの雇用契約が確認できる書類（雇用証明書等）
- （2）その他市長が必要と認める書類