

様式第 2（第 4 条関係）

年 月 日

美浜町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼交付請求書（事業所用）

美浜町長 様

申請事業所
住 所
事業所名
代表者名
電話番号

美浜町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、次のように申請し、請求します。

1.申請内容

助成申請金額	金 円
提供に要した期間	年 月 日～ 年 月 日 (うち 日分) 上限 7 日
骨髓等の提供日	年 月 日

※助成申請金額は、骨髓等の提供に要した日数 1 日× 1 万円

2.請求内容

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

※口座名義人は申請者氏名と一致すること。

【確認事項】 ☐にチェックを入れてください。

- ☐ 他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金等の交付を受けていません。
- ☐ 審査に必要な情報（入院通院等の状況等）の提供、確認および調査に同意します。

【添付書類】

- (1) ドナーとの雇用関係を証する書類
- (2) その他町長が必要と認める書類