

様式第2号（第4条関係）

富士見町骨髄等移植ドナー補助金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

富士見町長 様

申請者 住 所

事業所の名称

代表者名

印

電話番号

富士見町骨髄等移植ドナー補助金交付要綱第4条の規定に基づき、骨髄等移植ドナー補助金の交付について次のとおり申請（請求）します。

また、町が交付要件の確認のため町税等の納入状況及び法人登録等を閲覧することに同意します。

1 申請内容

フリガナ			法人番号
事業所名 代表者名			
フリガナ		ドナー 生年月日	年 月 日生
ドナー氏名			
ドナー住所			
対象期間	年 月 日 から 年 月 日（ 日分）		
申請金額	1日 10,000円×（ ）日 = （ ）円		

2 振込先

○ 次の口座に振り込みを依頼します。（申請事業所の口座に限ります。）

振込口座	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 支所
	フリガナ		預金種目	当座 普通
	口座名義		口座番号	

3 添付書類

- (1) 当該事業所に勤務するドナーが骨髄等の提供を完了したことを証明する書類の写し
- (2) ドナーとの雇用関係を証明する書類の写し
- (3) ドナーが骨髄等の提供のために休暇を取得した日（週休日を除く。）が確認できる書類
- (4) その他町長が必要と認める書類