

大野町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

大野町長 様

〒  
 （申請者）住 所  
 事業所名  
 代表者職・氏名  
 電話番号 ㊟

大野町骨髓移植ドナー助成金交付要綱第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
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 ・ 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  
 ・ その他町長が必要と認める書類

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	ゆうちょ 銀行以外 場合	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合					本・支店 出張所
		預金種別	普通 ・ 当座					
		口座番号						
		(フリガナ) 口座名義						
	ゆうちょ 銀行の 場合	金融機関名	ゆうちょ銀行					
		記号・番号	—					
(フリガナ) 口座名義								
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日			

注) 太枠の中をご記入ください。振込口座はいずれかに記入してください。