

様式第 2 号（第 4 条関係）

表 面

年 月 日

安八町長 様

所在地

申請者 事業所名 印

代表者職・氏名

電話番号

安八町骨髓移植ドナー等助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

安八町骨髓移植ドナー等助成金交要綱第 4 条第 2 項の規定により、次のとおり交付を申請します。

1 申請内容

|                        |                    |    |     |
|------------------------|--------------------|----|-----|
| 事業所名                   |                    |    |     |
| ドナー <sup>ふりがな</sup> 氏名 |                    | 性別 | 男・女 |
| 生年月日                   | 年 月 日              |    |     |
| ドナー住所                  |                    |    |     |
| 申請金額                   | 円                  |    |     |
| 採取日                    | 年 月 日              |    |     |
| 対象期間                   | 年 月 日 ～ 年 月 日（ 日分） |    |     |

＊ バンクが発行する骨髓バンク事業に関する手続がなされたことを証明する書類及びドナーとの雇用関係を証する書類を添付すること。

2 振込先（申請者名義の口座に限る）

|                                                                                                          |          |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|--------------|--|--|--|-----------|--|--|--|
| 銀行・金庫<br>農協                                                                                              |          |  |  | 本店・支店<br>出張所 |  |  |  | 店番        |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座<br>(該当に <input checked="" type="checkbox"/> ) | 口座<br>番号 |  |  |              |  |  |  | ふりがな      |  |  |  |
|                                                                                                          |          |  |  |              |  |  |  | 口座<br>名義人 |  |  |  |

裏

面

3 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

提供者氏名 \_\_\_\_\_ 印

4 当事業所には、ドナー休暇制度はありません。

事業所名

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_ 印