

様式第2号（第5条関係）

坂城町骨髓バンクドナー助成金交付申請書兼請求書（雇用事業所用）

令和 年 月 日

坂城町長 宛て

申請者 所在地
事業所名
代表者名 印
電話番号

坂城町骨髓バンクドナー助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

事業所名			
ドナーの氏名		生年月日	
ドナーの住所	長野県埴科郡坂城町大字		
申請金額	円（10,000円× 日）		
対象期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 (日分)		

2 振込先金融機関

金融機関名		本店・支店 出張所	
フリガナ		預金種目	普通 ・ 当座
口座名義人		口座番号	

3 確認事項（確認の上、□に✓を入れてください）

他の公共団体等により骨髓等の提供に係る助成金の交付を受けていません。

添付書類

- 1 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了した証明書の写し
- 2 ドナーとの雇用関係を証明する書類
- 3 ドナーが骨髓等の提供のため休暇を取得した日が確認できる書類
- 4 登記事項証明書等の雇用事業所の所在を証明する書類
- 5 町長が必要と認める書類