

平内町骨髄ドナー支援事業奨励金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

平内町長 殿

〒

申請者 住 所

事業所名

代表者名

㊞

電話番号

平内町骨髄ドナー支援事業奨励金交付要綱第4条の規定により、骨髄ドナー支援事業奨励金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

町長が平内町骨髄ドナー支援事業奨励金交付要綱第6条の規定により奨励金の交付を決定したときは、次のとおり奨励金を請求し、奨励金の交付については指定口座への振込みを希望します。

フリガナ			
ドナー氏名		生年月日	年 月 日
ドナー住所	平内町 (電話番号)		
ドナー休暇 取得期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
申請日数	日	申請額 (請求額)	円

添付書類

- (1) ドナーが事業所に勤務することを証する書類
- (2) ドナーの骨髄等の提供が完了したことを証する書類
- (3) 事業所でドナー休暇制度を導入していることを証する書類
- (4) ドナー休暇を取得した日数を確認できる書類

指定口座

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

※申請ができるのは、骨髄等の提供が完了した日から起算して3月以内です。