

別記様式第2号（第4条関係）

年 月 日

美濃市長 様

申請者 住 所  
事業所名  
代表者名  
電話番号

印

美濃市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付申請書（事業所用）

美濃市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、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します。

1 申請内容

申請金額		円		
ド ナ ー	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	骨髄等の提供に要した期間	年 月 日から	年 月 日	(うち 日分)

- 2 添付書類  ドナーの骨髄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（ ）

3 確認事項（該当する場合は□にチェックしてください。）

- 事業所にはドナー休暇の制度がありません。

振込口座	金融機関名		銀行・信用金庫				本店・支店	
			信用金庫・農協				出張所	
	預金種別	口座番号	普通・当座					
	フリガナ							
口座名義人								

