

様式第2 (第4条関係)

高浜市骨髓提供者等助成事業補助金交付申請書兼請求書
(事業所用)

年 月 日

(宛先) 高浜市長

申請者 住 所
(事業所)

事業所名 印

代表者氏名 印

電話番号 (.....) -

高浜市骨髓提供者等助成事業補助金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、
下記のとおり申請及び請求をします。

記

休 業 日 ※休業日は骨髓提供者が指 定してください。	1	年	月	日
	2	年	月	日
	3	年	月	日
	4	年	月	日
	5	年	月	日
	6	年	月	日
	7	年	月	日
請 求 金 額		日 分		円
振込口座	金融機関名			
	支 店 名			
	種 別	口座番号		
	フリガナ			
	口座名義			
骨髓提供者 情報記入欄	フリガナ		生年	年
	氏名		月日	月 日生
	骨髓等の提供日	年 月 日		
	提供日時点の 住所	〒		

【確認事項】 にチェックを入れてください。

当事業所は、上記の申請及び請求の内容について、他の地方公共団体が実施する同様の趣旨の補助金等の交付を受けていません。

【添付書類】 ((1)は、骨髓提供者が自身の補助金交付申請をすでに行っている場合は不要)

- (1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を証する書類(通院等の日数が確認できるもの)
- (2) 骨髓提供者との雇用関係が確認できる書類
- (3) その他 ()