

年 月 日

（あて先）垂井町長

垂井町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

垂井町骨髄移植ドナー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。

骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付決定がされた場合、助成決定額を下記口座に振り込まれるよう請求します。

※太枠内を記入してください。

事業所名				代表者名			
事業所住所	電話( ) -						
ドナー氏名				生年月日	年 月 日		
ドナー住所	岐阜県不破郡垂井町 電話( ) -						
骨髄等の提供に要した期間	年 月 日 ~ 年 月 日(うち 日分)						
確認事項 (該当する場合は レを入れて ください)	<input type="checkbox"/> 事業所にはドナー休暇の制度がない						
申請額	金 _____ 円 骨髄等の提供に要した日数に1万円を乗じ額とする。ただし、1回の骨髄等の提供につき7万円を限度とする。						
振込先	金融機関名				銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	口座種別	普通 当座	(フリガナ)	----- 口座名義人			
	口座番号						

- 2 添付書類  ドナーの骨髄等提供の証明書（写し）  
 ドナーとの雇用関係を証明する書類  
 その他（ ）