

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

かほく市長 様

住 所  
申請者  
氏 名 ①  
電話番号

かほく市骨髓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）

本事業所に勤務する者が骨髓バンク事業において骨髓・末梢血幹細胞の提供を完了しましたので、かほく市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

|             |      |                               |      |                |     |  |  |  |  |  |
|-------------|------|-------------------------------|------|----------------|-----|--|--|--|--|--|
|             |      | ※ 申請番号                        |      |                |     |  |  |  |  |  |
| 事業所名        |      |                               |      | 助成金申請(請求)額     | 金 円 |  |  |  |  |  |
| 事業所住所       |      | かほく市                          |      |                |     |  |  |  |  |  |
| ドナー氏名       |      |                               |      |                |     |  |  |  |  |  |
| 対象期間        |      | 年 月 日から                       |      | ( 日分)          |     |  |  |  |  |  |
|             |      | 年 月 日まで                       |      |                |     |  |  |  |  |  |
| 振<br>込<br>先 | 金融機関 | 金融機関名                         |      | 店舗名            |     |  |  |  |  |  |
|             |      | 銀行・信用組合<br>農 協・信 金<br>労 金・漁 協 |      | 本店・支店<br>本所・支所 |     |  |  |  |  |  |
|             | 預金種別 | 1 普通 2 当座                     | 口座番号 |                |     |  |  |  |  |  |
|             | 口座名義 | (カタカナで記入してください。)              |      |                |     |  |  |  |  |  |

- (注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。  
2 ドナーとの雇用関係を確認するため、ドナーの健康保険証の写し等を添付してください。