様式第１号（第４条関係）

裾野市骨髄ドナー助成金交付申請書（事業所用）

　　　年　　　月　　　日

　　裾野市長　様

　　　住所

申請者

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　印

本事業所に勤務する者が骨髄バンク事業において骨髄・末梢血幹細胞の提供を完了しましたので、裾野市骨髄ドナー助成金交付要綱第４条の規定に基づき、骨髄ドナー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 | |  | | | | | | | | | |
| ドナー氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 対象期間 | | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで　　　　（　　　日分） | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | 金融機関 | 銀　　行  　　　　　　　金　　庫  　　　　　　　農　　協 | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | |
| 口座種別 | 普通　　・　　当座 | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

（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すること。