第２号様式（第４条関係）

年　　月　　日

（宛先）清須市長　様

（申請事業者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

骨髄提供者助成金交付申請書兼請求書（事業者用）

骨髄提供者助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、助成金の交付を認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

１　助成申請額　　１０，０００円×　　日＝　　　　　　　円

　　（通院　　日、入院　　日、その他　　日、合計　　日）

２　交付対象骨髄提供者

　⑴　氏名

　⑵　住所

３　骨髄等の提供日　　　　　　　年　　月　　日

４　助成金の振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 種目 | 口座番号 | フリガナ |
| 口座名義人 |
| 銀　　行  信用金庫  農　　協 | 店 | 普通  当座 |  |  |
|  |

５　添付書類

　⑴　交付対象骨髄提供者を引き続き雇用していたことを証する書類（雇用証明書等）

　⑵　その他市長が必要と認める書類