

様式第 2 号（第 4 条関係）

湯河原町骨髓移植ドナー等支援事業助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

湯河原町長 様

申請事業所 所在地
事業所名
代 表 者
電話番号

湯河原町骨髓移植ドナー等支援事業助成金交付要綱第 4 条第 2 項の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 申請内容

ドナー氏名	
ドナー生年月日	年 月 日
ドナー住所	
交付対象期間 (助成対象日数)	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)
申請金額	日間 × 1 万円 = 万円
添付書類	<input type="checkbox"/> 骨髓バンクが発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類 <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に係る通院等の日数を証する書類 <input type="checkbox"/> ドナーとの雇用契約を証する書類 <input type="checkbox"/> その他 ()

2 請求内容(次の口座に振込を依頼します。)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店・支店 出張所・支所
口座名義人 (カタカナ)		預金 種目	普通 当座	口座 番号	