

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

さつま町長 殿

申請者 所在地
事業所名
代表者名
電話番号

さつま町骨髓等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）

さつま町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第2項に基づき下記のとおり申請及び請求します。

記

1 申請内容

交付申請額	円 (内訳) 10,000 円×計 () 日間
対象ドナーの氏名	
対象ドナーの生年月日	年 月 日生
骨髓等移植年月日	年 月 日
対象期間	年 月 日 から 年 月 日まで (上記のうち、ドナー休暇の日数: 日)

※交付申請額は、7日間で70,000円が上限額です。

2 振込先

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 出張所 支店 代理店
	口座の種類	普通・当座・()	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

3 添付書類

- (1) 事業所の所在地が分かる書類
- (2) ドナーと雇用関係が確認できる書類
- (3) ドナーがドナー休暇を取得した日数を証明する書類
- (4) 助成金の振込先の口座情報を証明する書類の写し
- (5) その他市長が必要と認めるもの ()