

様式第2号(第4条関係)

魚沼市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書(事業所用)

年 月 日

魚沼市長 様

魚沼市骨髄等移植ドナー助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

(申請者) 所在地: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

代表者名: \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号: \_\_\_\_\_

1 骨髄等の提供に係る通院又は入院の日数及び申請金額

骨髄等の提供者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
通院日数	日			
入院日数	日			
合計日数	日			
申請金額	円(1日1万円、上限7日)			

2 振込先

指定金融機関	銀行・信金・労金 信組・農協		本店 支店
口座種別	普通・当座	ふりがな	
口座番号		口座名義人	

添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する通院又は入院の日数及び骨髄等の提供の完了を証する書類の写し
- (2) 骨髄等の提供者との雇用関係が確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類