

様式第2号（第4条関係）

吉田町骨髓等移植ドナー助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

吉田町長 様

住 所
申請者 事業所名
代表者氏名
電話番号

吉田町骨髓等移植ドナー助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

ド ナ ー に 関 す る 事 項	ふりがな			生年	年 月 日	
	氏 名			月 日		
	骨髓等の 提供日	年 月 日				
	通院、入院等 に要した日数	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)		
	勤務期間	年 月 日から	年 月 日まで	／継続勤務中		
他の地方公共団体の 助成の有無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		
助成申請額		円				
振 込 先	金 融 機関名	銀 行・金 庫 信用金庫・農 協			本 店・支 店 出張所	
	口座種別	普通・当座	口座 番号			
	口座名義人 (カタカナ)					

(添付書類)

- 1 骨髓バンクがドナーに対し発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類の写し
- 2 ドナーが骨髓等の提供に係る通院した日及び入院した日を証する書類
- 3 ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- 4 その他町長が必要と認める書類