様式第２号（第４条関係）

六戸町骨髄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）

年　　月　　日

六　戸　町　長　　殿

申 請 者　事業所住所

事業所名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

六戸町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条第１項の規定により、骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

町長が、助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求し、交付については指定口座への振込みを希望します。

記

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ドナー氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| ドナー住所 | 六戸町 | | |
| 申請額（請求額） | 円 | | |
| 対　象　期　間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで（　日分） | | |

２　添付書類

(１)　ドナーが勤務していることを証する書類

(２)　骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証する書類の写し

(３)　ドナー休暇制度を導入していることを証明する書類

(４)　ドナーがドナー休暇を取得した日数が確認できる書類

(５)　その他町長が必要と認める書類

３　指定口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 融 機 関 名 | 銀行・信用金庫  信用組合・農協 | | 支店 | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口 座 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

※指定口座確認のため、事業所代表者名義の通帳をご持参ください。

４　申告事項

下記の事項について確認のうえ、□にチェックしてください。

* 私は、今回申請する助成金と同様の趣旨の他の助成金等の給付を受けていません。
* 私は、町税等の滞納がありません。

なお、この申告について、関係機関へ照会・確認することに同意します。

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞