様式第３号（第４条、第６条関係）

深浦町骨髄ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（事業所助成用）

　　　　年　　月　　日

深　浦　町　長　　殿

申請者　事業所名

住　　所

代表者名

電話番号

深浦町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条の規定により、骨髄ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

町長が深浦町骨髄ドナー支援事業助成金交付要綱第６条の規定により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ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| ドナー氏名 |  | |
| ドナー住所 | 電話　　　(　　) | | | | |
| 取得したドナー休暇の期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　日間） | | | | |
| 申請日数 | 日間 | 申請額（請求額） | | 円 | |

指定口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名  支　店　名 | 普通  当座 | 口座番号 |
| (ふりがな)  口座名義 | | |

確認事項

□当事業所は、他の自治体が実施する同種同類の助成金等を受けていません。

添付書類

□ドナーが事業所に勤務することを証する書類の写し

□ドナーの骨髄等の提供が完了したことを証する書類の写し

□事業所でドナー休暇制度を導入していることを証する書類の写し

□ドナー休暇を取得した日数を確認できる書類の写し

□町税の納付状況を公簿等により確認することに同意する文書