様式第２号（第４関係）

　年　　月　　日

東久留米市長　殿

（申請者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | ： |
| 事業所名 | ：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者名 | ： |
| 連絡先 | ： |

東久留米市骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付申請書兼請求書（事業者用）

　東久留米市骨髄移植ドナー支援事業奨励金の交付を受けたいので、東久留米市骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第４第２項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付申請額 |  | 円 |
| 交付対象従業員 | 氏名 |  |
| 勤務地 |  |
|  | 対象期間 | 通院 | 　年月日～年月日 | （　　日分） |
| 入院 | 　年月日～年月日 | （　　日分） |
| その他 | 　年月日～年月日 | （　　日分） |

振込口座

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・信金労金・信組農協 | 支店名 |  |
| 店番号 |  |  |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 |  |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（ドナー本人名義） |  |

添付書類

１　提供者との雇用関係を証する書類

２　提供者が奨励金の交付の申込みをしない場合は、公益財団法人日本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

３　その他市長が必要と認める書類