様式第２号（第４条関係）

外ヶ浜町骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付申請書兼請求書

（事業所用）

令和　 年　 月 　日

外ヶ浜町長 殿

申 請 者 住　 所 　外ヶ浜町

氏 　 名 ㊞

電話番号

外ヶ浜町骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第４条の規定により、骨髄移植ドナー支援事業奨励金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

外ヶ浜町骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第５条の規定により奨励金の交付を決定したときは、下記のとおり奨励金を請求し、奨励金の交付については指定口座への振込みを希望します。

記

１ 奨励金交付申請額（請求額） 　　　　　　　　　　　　　　円

２ 通院等の日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 日

３ 添付書類

(１) ドナーと雇用の確認できる書類

(２) ドナー休暇制度を導入していることを証する書類（事業所の就業規則の写し等）

(３) ドナーがドナー休暇を取得した日数を確認できる書類（勤務表の写し等）

(４)　その他　町税等に滞納がない旨の申告書

４ 指定口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用組合  農協・漁協 支店 | | | | | | | | |
| 預金種目 | 普通　・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

※申請ができるのは、骨髄等の提供が完了した日から起算して９０日以内です。