

年 月 日

上三川町長 様

申請者 所在地  
 名 称  
 代表者氏名  
 電話番号

⑩

上三川町骨髓移植ドナー支援事業奨励金交付申請書（事業所用）

上三川町骨髓移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、  
 骨髓移植ドナー支援事業奨励金の交付を受けたく次のとおり申請します。

また、この申請の審査に当たり、対象者の要件に適するか確認するために、上三川町が保有する（私・私が代表者を務める \_\_\_\_\_）の税務情報を課が確認することに同意します。

事業所名									
ドナー氏名									
対象期間		年 月 日～		年 月 日		( 日間)			
申請金額		円							
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店・支店 支所・出張所			
	預金種目	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人	-----							

添付書類(1)ドナーとの雇用関係を証明する書類（健康保険証の場合は写しで可）

(2)その他町長が必要と認める書類（ \_\_\_\_\_ ）