

様式第 2 号

村上市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼実績報告書（事業所助成用）

年 月 日

(宛先) 村上市長

申請者 住 所

代表者名

※法人の場合は記名押印してください。

電話番号

村上市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付について、村上市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

ド ナ ー	フリガナ	
	氏 名	
	通院日数	日
	入院日数	日
申請金額		円 (1日1万円、限度額7万円)

2 確認事項

- ・他の地方公共団体より助成金に相当する補助金その他これに類するものの交付を受けていないことを誓約します。

年 月 日

事業所代表者 (代表者印)

3 振込先

金融機関	銀行・信金 農協・信組 労金	本店 支店 出張所
フリガナ	口座種別	普通 ・ 当座
口座名義人	口座番号	

4 添付書類

- (1) 雇用証明書（雇用契約書の写し、在職証明書等）
- (2) 骨髄等提供のため、休暇を取得した日数を確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類