

岩手町骨髓ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

岩手町長 様

申請者 住所 〒
 事業所名
 代表者氏名 印
 電話番号

岩手町骨髓ドナー支援事業助成金交付要綱第4の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日				
骨髓ドナー氏名							
骨髓等の提供を行った日の住所	〒						
骨髓等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日	年 月 日		年 月 日				
骨髓等の提供に係る入院をした期間	年 月 日から		年 月 日 (日間)				
申請（請求）額	円						
振込先	金融機関		種別	口座番号			口座名義
	銀行	本店	普通				フリガナ
	金庫 農協	支店	当座				

（添付書類）

- 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類
- 骨髓等の提供に係る通院、入院又は面談したことを証する書類
- 骨髓ドナーとの雇用契約を証する書類（骨髓ドナーが勤務する事業所に限る。）
- 就業規則等ドナー休暇を導入していることを証する書類