

(あて先) 笠松町長

申請者  
住 所  
事業所名  
代表者名  
電話番号 — — (印)

笠松町骨髓等ドナー助成金交付申請書兼請求書（事業者用）

笠松町骨髓等ドナー助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり交付を申請します。  
また、申請の適正性を判断するために必要な場合は関係機関に照会することに同意します。

|                                     |                                           |      |       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|------|-------|
| 事業所名                                |                                           |      |       |
| ドナー氏名                               |                                           | 生年月日 | 年 月 日 |
| 骨髓提供完了日時点<br>のドナー住所                 | 笠松町                                       |      |       |
| 申請金額                                | 円                                         |      |       |
| 対象期間                                | 年 月 日 から 年 月 日 ( 日分)                      |      |       |
| 確認事項<br><br>(該当する箇所に✓をつ<br>けてください。) | <input type="checkbox"/> 事業所にドナー休暇の制度がない。 |      |       |

※添付資料 ☐ 骨髓バンクが発行する骨髓等提供の証明書  
☐ ドナーとの雇用関係を証する書類

上記の助成金については、下記の金融機関口座へ振込みにて支払われるよう申請します。

|     |     |       |      |           |
|-----|-----|-------|------|-----------|
| 銀行名 | 支店名 | 種 類   | 口座番号 | 口 座 名 義 人 |
|     |     | 普通・当座 |      | ふりがな      |

※処理欄（こちらには記入しないでください。）

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 確認チェック欄 | 助成金対象者該当の可否<br>可 ・ 否 （理由 ) |
|---------|----------------------------|