

第2号様式（第4条関係）

関川村骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

（宛先）関川村長

申請者 住 所

代表者名

電話番号

関川村骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付について、関川村骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第2項の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

フリガナ	
氏名（ドナー）	
通院及び入院日数	通院 日 入院 日 合計 日
うち、ドナーに特別 休暇を与えた日数	日
申請金額	円 （1日1万円、限度額7万円）

2 振込先

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所 店
口座番号	普通 ・ 当座	
フリガナ		
口座名義人		

3 添付書類

- （1）雇用証明書（雇用契約書等の写し、在職証明書等）
- （2）骨髓等提供のため、休暇を取得した日数を確認できる書類
- （3）ドナー特別休暇制度があることを確認できる書類
- （4）その他村長が必要と認める書類