

十和田市長 様

申請者 所 在 地
事 業 所 名
代表者職氏名
電 話 番 号

令和7年度十和田市骨髓ドナー助成金交付申請書兼交付請求書（事業所用）

令和7年度十和田市骨髓ドナー助成事業助成金の交付を受けたいので、令和7年度十和田市骨髓ドナー助成金交付要綱第4条第3項の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

申 請 金 額	円		
雇用している ド ナ ー 氏 名	(フリガナ)		
ドナー休暇制度 の 有 無	有 ・ 無		
対 象 期 間	通 院	令和 年 月 日、令和 年 月 日、 令和 年 月 日、令和 年 月 日	
	入 院	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)	

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店・支所 農協・組合 営業所・出張所		
	預 金 種 類	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

2 確認事項

- ☐ 1の対象期間において、他の地方公共団体が実施する骨髓等の提供に係る助成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。
- ☐ 市が関係機関との間でこの助成金の審査に必要な情報の提供、確認及び調査をすることに同意します。

※ 個人以外の方（法人、各種団体、個人事業主等）が請求書の押印を省略する場合は、「発行責任者」と「担当者」の役職・氏名・電話番号を記載してください。

発行責任者の役職・氏名		電話番号	
担当者の役職・氏名		電話番号	