

十和田市長 様

申請者 所在地  
 事業所名  
 代表者職氏名 ⑩  
 電話番号  
 事務担当者名及び連絡先  
 ( )

令和5年度十和田市骨髄ドナー助成金交付申請書兼交付請求書（事業所用）

令和5年度十和田市骨髄ドナー助成事業助成金の交付を受けたいので、令和5年度十和田市骨髄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 農協・組合			本店・支店・支所 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髄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。