

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

奥州市長 宛

申請者 所在地  
事業所名  
代表者氏名  
電話番号

奥州市骨髄ドナー支援助成金交付申請書兼請求書（事業者用）  
奥州市骨髄ドナー支援助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

記

フリガナ			生年月日	年 月 日	
骨髄ドナー氏名					
骨髄ドナーの基準日 時点の住所	〒				
骨髄等の提供に係る 通院又は医師等との 面談をした日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
骨髄等の提供に係る 入院をした期間	年 月 日から		年 月 日まで		
	( 日間)				
申請（請求）額	円				
金融機関名			支店等名		
口座	種目	1 普通 2 当座	口座番号		
	フリガナ				
	名義人氏名				

確認事項

他の制度による骨髄等の提供に係る補助等を受けていません。