

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
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
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。