

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

奥州市長 宛

申請者 所在地 **〇〇県△△市**  
**〇〇町△丁目〇番地**  
 事業所名 **△△△株式会社** 印  
 代表者氏名 **〇〇 〇〇**  
 電話番号 **〇〇〇-△△△-〇〇〇**

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	オウシュウ ハナコ		生年月日	平成2年4月2日					
骨髄ドナー氏名	奥州 華子								
骨髄ドナーの基準日 時点の住所	〒023-8501 奥州市水沢大手町1-1								
骨髄等の提供に係る 通院又は医師等との 面談をした日	令和5年1月1日、令和5年1月20日、令和5年2月2日								
骨髄等の提供に係る 入院をした期間	令和5年2月10日から令和5年2月13日まで（4日間） <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                 通院又は面談3日間 + 入院4日間 = 7日間                  7日間 × 1万円 = 70,000円             </div>								
申請（請求）額	70,000 円								
金融機関名	〇〇〇〇銀行			支店等名	〇〇〇〇支店				
口座	種目	1 普通	口座番号	△	△	△	△	△	△
		2 当座							
	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇							
名義人氏名	〇〇 〇〇								

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。