

様式第2号（第4条関係）

木城町骨髓ドナー奨励金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

木城町長 殿

申請者 住 所 〒 -

事業所名

代表者名

電話番号（ ） -

木城町骨髓ドナー奨励金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

提供者	住 所	木城町大字		
	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	
申請額	円（申請額の上限は14万円です）			

2 確認事項 にを入れてください

<input type="checkbox"/> 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、町税納付状況、通院の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。
<input type="checkbox"/> 私は、他の自治体等が実施する骨髓等の提供に係る奨励金等の交付を受けていません。

3 請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）

振 込 口 座	金 融 機 関 名	( )銀行・金庫・農協	( )本店・支店・出張所						
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

※申請者（事業所名又は代表者名）と同じ名義で記入してください。

町記入欄

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 提供者との雇用関係が分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 納税の滞納がない証明書
交付決定額	円