

様式第2（第4条関係）

年 月 日

阿久比町長 様

申請者

事業所の所在地

代表者の氏名

電話番号

阿久比町骨髓提供者助成事業費補助金交付申請書（事業所用）

骨髓バンク事業において骨髓・末梢血幹細胞の提供をした骨髓提供者が勤務する事業所として、阿久比町骨髓提供者助成事業費補助金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり骨髓提供者助成事業費補助金の交付を申請します。

補助申請額	円
事業所に勤務する者の住所及び氏名	住所 氏名
交付対象期間	勤務する提供者が骨髓提供を行うために休業した期間 計 日分

【添付書類】

- 1 骨髓提供者との雇用関係が確認できる書類
- 2 骨髓提供者が骨髓提供をするために勤務を休業したことが確認できる書類

様式第5（第6条関係）

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者

住所

（事業所の所在地）

氏名

Ⓜ

（代表者の氏名）

電話番号

阿久比町骨髓提供者助成事業費補助金請求書

年 月 日 指令第 号によって交付決定された阿久比町骨
髓提供者助成事業費補助金について、下記のとおり請求します。

補助金の交付については、下記の口座に振込みを依頼します。

記

1 請求額 円

2 指定口座

金融機関名	支店名	口座種類	口座番号
銀行	本店	普通	
金庫			
農協	支店	当座	
フリガナ			
口座名義			