

年 月 日

西東京市骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付申請書兼請求書（事業所用）

西東京市長 あて

申請者 所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印 _____

電話番号 _____

西東京市骨髄移植ドナー支援事業奨励金の交付について、西東京市骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第4第2項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、奨励金の交付が認められた場合には、下記口座への振込みを請求します。

また、この申請に必要な情報について、西東京市が調査することに同意します。

記

交付申請額	円					
交付対象 従業員	氏名					
	勤務地					
交付対象期間	通院	年	月	日	～	年 月 日 (日分)
	入院	年	月	日	～	年 月 日 (日分)
	その他	年	月	日	～	年 月 日 (日分)
振込口座						
金融機関名	銀行・信金 労金・信組 農協			支店名		
				店番号		
口座種別	普通・当座			口座番号		
フリガナ						
口座名義						

添付書類

- 1 交付対象従業員との雇用関係を証明できるもの
- 2 交付対象従業員が奨励金の交付の申請をしない場合は、公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類
- 3 その他市長が必要と認める書類