

別記様式第2号（第4条関係）

年 月 日

足利市長 宛

	郵便番号
	所在地
申請者	事業所名
	代表者氏名
	電話番号

足利市骨髓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）

足利市骨髓移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、この申請に伴い、関係職員が上記事業所（個人事業主にあつては代表者）の市税の納税状況を調査することについて同意します。

(フリガナ) 事業所名・代表者氏名									
ド ナ ー	(フリガナ) 氏 名								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生				
	対象期日	1	年	月	日	5	年	月	日
		2	年	月	日	6	年	月	日
		3	年	月	日	7	年	月	日
4		年	月	日	合計		日分		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協			本店 支店				
	預金種目	1 普通		2 当座					
	口座番号								
	(フリガナ) 口座名義人								

添付書類

- (1) ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- (2) その他市長が必要と認める書類