

その2 (事業所用)

富士市骨髄移植ドナー支援奨励金交付申請書

年 月 日

(宛先) 富士市長

所在地  
 申請者 名称  
 代表者氏名  
 電話番号

富士市骨髄移植ドナー支援奨励金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|               |   |       |
|---------------|---|-------|
| 事業所名          |   |       |
| 勤務している<br>ドナー | フリガナ  |       |
|               | 氏名  |       |
|               | 生年月日  | 年 月 日 |
|               | 骨髄等提供日<br>における住所  |       |
|               | 勤務開始日   | 年 月 日 |
|               | 通院等の日数  | 日     |
| 同趣旨の他の奨励金等の受給 | <input type="checkbox"/> 有 (名称 ) ・ <input type="checkbox"/> 無 |       |
| 申請金額          | 円   |       |

(注) 該当する項目の□に✓を付してください。

|   |
|---|
| <p>私は、富士市骨髄移植ドナー支援奨励金の交付に当たり、市長が住民基本台帳の調査を行うことについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">ドナー氏名<br/>(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。)</p> |
|---|

|             |       |                                |     |  |
|-------------|-------|--------------------------------|-----|--|
| 振込先<br>金融機関 | 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協<br>労働金庫<br>支店 |     |  |
|             | 口座番号  | 当座<br>普通                       | 名義人 |  |