

様式第2号(第5条関係)

東御市骨髓バンクドナー支援事業補助金交付申請書兼実績報告書(事業所用)

年 月 日

(申請先)東御市長

申請者 住 所  
事業所名  
代表者名  
電話番号

東御市骨髓バンクドナー支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 申請・実績内容

勤務事業所名			
ドナー住所	東御市		
ドナー氏名		生年 月日	年 月 日
申請金額	円		
対象期間	( 年 月 日から 年 月 日まで 日間)		

2 確認事項

- 他の自治体等が実施する骨髓等の提供に係る補助金等の交付を受けていません。  
審査に必要な情報(市税納付状況)の提供、確認及び調査に同意します。

【市確認欄】

課税情報	<input type="checkbox"/> 市税滞納なし	滞納(無 有)	担当者
------	---------------------------------	---------	-----