様式第１号（第４条関係）

<table>
<tr><td colspan="8">中井町骨髄ドナー等支援事業補助金交付申請書兼請求書（ドナー用）</td></tr>
<tr><td colspan="2">提供者　氏　名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">勤務先</td><td>所　在　地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">骨髄等を
提供した日</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">対象期間
（うち助成対象日数）</td><td colspan="6">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（　　日間）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請金額</td><td colspan="3">２０，０００円×　日間＝　　円</td><td>補助金
決定金額</td><td colspan="2">※
円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">補助金
受領方法</td><td rowspan="2">口　座</td><td>金融機関名･支店名</td><td>口座種目</td><td colspan="2">口座番号</td><td colspan="2">口座名義人</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>現　金</td><td colspan="6">□　役場会計課窓口</td></tr>
<tr><td colspan="8">同意書
本申請にあたり、補助金の交付に関し必要な事項について、町が保有する住民登録記載事項に関する調査、町税等の滞納調査及び勤務先等に問い合わせることに同意します。
同意します　・　同意しません</td></tr>
<tr><td colspan="8">上記のとおり申請・請求いたします。
年　　月　　日
申請者兼請求者　住　所　中井町
氏　名　㊞
電　話　（　　）
中井町長　様</td></tr>
<tr><td>※
確認年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日
領収書等確認　㊞</td><td colspan="5">処理欄</td></tr>
</table>

※印欄は、記入しないで下さい。

様式第２号（第４条関係）

<table>
<tr><td colspan="7">中井町骨髄ドナー等支援事業補助金交付申請書兼請求書（事業所用）</td></tr>
<tr><td colspan="2">提供者　氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">骨髄等を
提供した日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">対象期間
（うち助成対象日数）</td><td colspan="5">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（　　日間）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請金額</td><td colspan="3">１０，０００円×　日間＝　　円</td><td>補 助 金
決定金額</td><td>※
円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">補 助 金
受領方法</td><td rowspan="2">口　座</td><td>金融機関名･支店名</td><td>口座種目</td><td>口 座 番 号</td><td colspan="2">口 座 名 義 人</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>現　金</td><td colspan="5">☐　役場会計課窓口</td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり申請・請求いたします。
年　　月　　日
申 請 者 兼 請 求 者　所在地
事業所名
代表者氏名　㊞
電　話　（　　）
中　井　町　長　　様</td></tr>
<tr><td>※
確 認 年 月 日</td><td colspan="2">年　　月　　日
領 収 書 等 確 認　㊞</td><td colspan="4">処理欄</td></tr>
</table>

※印欄は、記入しないで下さい。