（事業者用）

日進市骨髄バンクドナー等助成金交付申請・請求書

　　　年　　　月　　　日

日進市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

日進市骨髄バンクドナー等助成金交付要綱第４条第１項の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお本事業所は、骨髄等の移植の推進に理解・配慮します。また、次のドナーについて、他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金、奨励金等の交付を受けていません。

１　申請内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請額及び申請日数 | | | 金　　　　　　　　　円　　（　計　　　　日分　） | | | |
| ドナー | フリガナ | |  | | 生年  月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏　　名 | |  | |
| 骨髄等の提供日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 提供日時点の住所 | | 〒 | | | |
| 振込先  金融機関名 | 銀行・信用金庫  農業協同組合 | | | 本店  支店･出張所 | | |
| 口座番号 | 普通･当座 | 番号 | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | |

２　添付書類

（１）骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証する書類（通院等の日数が確認できるもの）

（２）ドナーとの雇用関係が確認できる書類（雇用期間が記載されているもの）

（３）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）