（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（　　　　　　　　　　　　　　　　）