

(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 ()