様式第２号（第４条関係）

骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（助成対象事業所用）

年　　月　　日

甲賀市長　あて

（申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　　）

甲賀市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、甲賀市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条により、次のとおり申請（請求）します。

１　申請内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ドナー | フリガナ |  | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 氏名 |  |
| 骨髄等提供日  時点での住所 | 〒  甲賀市 | | | |
| 骨髄採取日 | 年　　月　　日 | | | | |
| ドナー休暇の期間 | 年　 月　 日から　　　年 　月 　日まで（　　日分） | | | | |
| 申請額 | 円 | | | | |

２　振込先（申請事業所名義の口座に限ります。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協　　　　　　　本店・支店  　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 預金種別 | 普通　　当座 | | | | | | |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

３　添付書類

（１）ドナーとの雇用関係が確認できる書類（雇用証明書、在職証明書等）

（２）ドナー休暇を取得した日数を確認できる書類

誓約書

　私は、他の地方公共団体等が実施する骨髄等の提供に係る奨励金又は助成金の交付を受けていません。

氏　名