

様式第2号（第4条関係）

袋井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

年 月 日

袋井市長

申請事業所 住 所
 事 業 所 名
 代表者職・氏名
 電 話

袋井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第2項の規定により、次のとおり申請します。また、市長が、袋井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5条の規定により助成金の交付を決定したときは、次のとおり助成金を請求します。

1 申請内容

ドナー	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所 (骨髄等の提供 日時点)	〒		
	骨髄等の提供日	年 月 日		
	骨髄等の提供に係る通院、入院 又は医師等との 面談をした日	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
申 請 日 数	日間	申 請 金 額 (請 求 金 額)	円	

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名	支店						
フリガナ		口座種別	普通・当座						
口座名義		口座番号							

3 同意事項 (注) □内にレ点を記入してください。

- 申請事業所は、国、地方公共団体等が実施する骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- 申請事業所は、市税の滞納はありません。
- 申請事業所は、この申請に当たり、市税の滞納状況等について市が調査することに同意します。

署名

4 添付書類

- ・骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類の写し（ドナーが自身の助成金交付申請を既に行っている場合は不要）
- ・ドナーが骨髄等を提供するため最初に通院した日から骨髄等の提供を完了した日までの間において、当該ドナーを引き続き雇用していたことを証する書類
- ・その他市長が必要と認める書類