

様式第 2 号（第 4 条関係）

いなべ市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（勤務先事業所等用）

年 月 日

いなべ市長 宛て

所在地
申請者 事業所名
代表者職・氏名
連絡先

いなべ市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 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、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、交付決定がされた場合は、下記のとおり請求します。

記

1 申請の内容

フリガナ		生年	年 月 日生		
提供者の氏名		月 日			
採取日時点の提供者の住所	〒 ー				
採取日時点の事業所の所在地	〒 ー				
申請金額	円				
採取日	年 月 日				
対象期間	通院	年	月	日から	年 月 日まで（ 日分）
	入院	年	月	日から	年 月 日まで（ 日分）
					計 日分

2 振込先

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

3 確認事項（提供者が交付申請する場合は、提供者に係る同意は不要です。）

☐ 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

提供者氏名

☐ 当事業所には、ドナー休暇制度はありません。

事業所名

代表者職・氏名

4 添付書類（(2)については、提供者が交付申請する場合は不要です。）

- (1) 提供者との雇用関係が確認できる書類
- (2) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類