

様式第2号（第4条関係）

糸魚川市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼実績報告書（事業所等用）

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 所 在 地

事業所等の名称

代表者氏名

電話番号

次のとおり糸魚川市骨髄等移植ドナー支援事業助成金について、交付を申請し、及び請求します。

1 申請内容

ド ナ ー	フリガナ	日
	氏名	日
	通院日数	日
	入院日数	日
申請・請求金額		円

※ 申請・請求金額については、1日当たり1万円（上限額は7万円）となります。

2 振込先

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	種別	普通・当座					
口座名義人	口座番号							

3 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供のための通院又は入院の日数及び骨髄等の提供の完了を証する書類の写し
- (2) ドナーとの雇用関係を確認できる書類
- (3) ドナーが骨髄等の提供のためにドナー特別休暇を取得したことを確認できる書類
- (4) ドナー特別休暇制度があることを確認できる書類
- (5) その他市長が必要と認める書類