

倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金交付申請書（事業所用）

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

〒

住所.....

申請者

事業所名

代表者.....

(TEL - - )

倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ドナーが勤務する事業所名及び所在地			
(フリガナ)ドナー氏名	ドナー 生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
骨髄等提供日におけるドナーの住所	倉敷市		
骨髄等提供日	令和	年	月 日
対象期間 (休業年月日)	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
			合計
申請金額	10,000円×	日 =	円 (※限度額 90,000円)

《確認事項》(口にチェック☑してください。)

- この申請と対象を同じくする助成金を他の自治体等に申請していません。
- ドナーの個人情報、匿名性を担保している骨髄バンク事業の特殊性に鑑み、取扱には細心の注意をもってあたります。

《添付書類》

- ① ドナーに対し、公益財団法人日本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(上記「対象期間」欄に記載された期間における通院・入院を証明するもの)の写し
- ② ドナーを骨髄等提供日から引き続き雇用していることを証明する書類(在職(就労)証明書、労働条件通知書など)
- ③ 請求書(事業所用)

※【倉敷市記入欄】

助成決定額	円
-------	---

倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金請求書（事業所用）

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

住所.....

次の金額を請求します。

事業所名

代表者.....

請求金額						円
------	--	--	--	--	--	---

内訳：倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金

（振込口座）

金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> （ ）	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通（総合） <input type="checkbox"/> 当座
店舗名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> （ ）	口座番号	
口座名義 （カタカナ）	※助成金交付申請者名と一致させてください。 <u>カタカナ</u> で御記入ください。		