

## 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 XX 年 XX 月 XX 日

倉敷市長 あて

〒 100-1234

住所 東京都 XXXXX

申請者は代表者としてください。申請者

事業所名 株式会社 XXXXX

代表者 代表取締役 XXXXX

(TEL 03-1234-5678)

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	株式会社 XXXXX 倉敷支店 倉敷市 XXXXX		
(フリガナ)ドナー氏名	クラシキ タロウ 倉敷 太郎	ドナー生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 平成 令和
骨髄等提供日におけるドナーの住所	倉敷市 XXXXX		
骨髄等提供日	令和 XX 年 XX 月 XX 日		
対象期間 (休業年月日)	令和 XX 年 XX 月 XX 日	～	令和 年 月 日
	令和 XX 年 XX 月 XX 日	～	令和 年 月 日
	令和 XX 年 XX 月 XX 日	～	令和 年 月 日
	令和 XX 年 XX 月 XX 日	～	令和 年 月 日
	令和 XX 年 XX 月 XX 日	～	令和 年 月 日
	令和 XX 年 XX 月 XX 日	～	令和 XX 年 XX 月 XX 日
	合計		9 日間
金額	10,000円 × 9日 = 90,000円 (※限度額90,000円)		

チェックしてください。

《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。
- ドナーの個人情報は、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》

- 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
- 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)
- 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  
記入しないでください。

倉敷市長 あて

住所 東京都 XXXXX

次の金額を請求します。

申請書と同じ住所・代表者名を  
記入してください。

事業所名 株式会社 XXXXX

代表者 代表取締役 XXXXX

請求金額	記入しないでください。	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 checked="" type="checkbox"/> 銀行 〇〇〇 <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 checked="" type="checkbox"/> 当座
店舗名	△△△ <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ( )	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
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。カタカナで御記入ください。 カブシキガイシャ XXXXX ダイヒョウトリシマリヤク XXXXX		

申請者と同じ名義の口座  
に限ります。