金ケ崎町骨髄等ドナー支援助成金交付申請書（事業所用）

年　　月　　日

金ケ崎町長　様

所在地　　〒

申請者　事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　印

電話番号

金ケ崎町骨髄等ドナー支援助成金交付要綱４の規定により、次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 骨髄等提供者生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 骨髄等提供者氏名 |  |
| 骨髄等提供者の住所 | 〒 |
| 骨髄等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日 | 年　　月　　日　　　　　年　　月　　日年　　月　　日　　　　　年　　月　　日 |
| 骨髄等の提供に係る入院をした期間 | 　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで（　　　　　　　日間） |
| 事業所申請金額 | 　　　　　　円 |

２　振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・協同組合 |
| 本店・支店 |
| 種別 | □当座　□普通 | 番号 |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 |  | 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を行ったことを証する書類
2. 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談したことを証する書類
3. 骨髄等の提供者との雇用契約を証する書類（骨髄等の提供を行った者が勤務する

事業所に限る。）

1. 就業規則等ドナー休暇を導入していないことを証する書類

（５）その他（　　　　　　）