

年 月 日

五所川原市長 佐々木 孝昌 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
フリガナ \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
電話番号 \_\_\_\_\_

五所川原市骨髄移植ドナー等支援事業補助金交付申請書兼請求書（ドナー用）

五所川原市骨髄移植ドナー等支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、五所川原市骨髄移植ドナー等支援事業補助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。

市長が補助金の交付を決定したときは、下記のとおり補助金を請求し、交付については、指定口座への振込みを希望します。

記

1 申請内容

勤務先	名称			
	所在地			
職業	(勤務先におけるドナー休暇制度の有無 有 ・ 無 )			
助成対象日数	通院又は医師との面談日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
	入院	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)		
	ドナー休暇取得期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)		
		<input type="checkbox"/> 休暇取得期間無し		
申請日数	日間	申請額 (請求額)	円	

※申請日数は、ドナー休暇取得期間を対象日の通院又は入院の日数から減ずる。

※申請額（請求額）は、骨髄等の提供に要した通院又は入院の日数に2万円を乗じて得た額とする。ただし、1回の提供につき上限を14万円とする。

2 確認事項 にチェックを入れてください。

- 私は、今回申請する補助金と同様の趣旨の他の補助金等の交付を受けていないことを誓約します。
- 私は、審査に必要な情報の提供、確認及び調査に同意します。

3 指定口座

<b>金融機関名</b>	銀行・農協 信用組合 信用金庫 労金	支店 本店 支所 出張所	<b>預金種目</b>	普通 (総合口座) ・ 当座
<b>店番</b>		<b>口座番号</b> (右づめで記入)		
<b>口座名義人</b> (フリガナで記入)				

※指定する口座は本人名義としてください。

4 添付書類

- (1) 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する書類の写し
- (2) 骨髄等の提供に要した通院又は入院等の日数を証する書類の写し
- (3) 勤務している事業所にドナー休暇制度がないこと又は全部若しくは一部の期間でドナー休暇を取得していないことを証する書類
- (4) 市税の納付状況を公簿等により確認することに同意する文書（様式第3号）
- (5) 指定口座の通帳及びキャッシュカード（口座番号等が分かるもの）の写し
- (6) その他市長が必要と認める書類

<p>市記入欄</p> <p>・添付書類チェック</p> <p><input type="checkbox"/> (1)</p> <p><input type="checkbox"/> (2)</p> <p><input type="checkbox"/> (3)</p> <p><input type="checkbox"/> (4)</p> <p><input type="checkbox"/> (5)</p> <p><input type="checkbox"/> (6)</p>
--