

年 月 日

五所川原市長

申請者 所 在 地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

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（事業所用）

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

事業所所在地			
事業所名称			
フリガナ			
ドナーの氏名			
ドナーの生年月日	昭和・平成	年	月 日
取得したドナー休暇の期間	年 月 日～	年 月 日	( 日間)
申請日数	日間	申請額（請求額）	円

※申請額（請求額）は、ドナーに対して付与したドナー休暇の日数に1万円を乗じて得た額とする。ただし、1人あたり1回の提供につき上限7万円とする。

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、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は役員等が暴力団の構成員ではありません。市が必要な場合は、警察に照会することに同意します。
- 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

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

4 添付書類

- (1) ドナーが勤務することを証する書類
- (2) 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
- (3) ドナー休暇制度を導入していることを証する書類
- (4) ドナーがドナー休暇を取得した日数を確認できる書類
- (5) 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）
- (6) 役員名簿（氏名、ふりがな、役職名、生年月日及び住所が掲載されたもの）
- (7) 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
- (8) その他市長が必要と認める書類

市記入欄

・添付書類チェック

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)
- (6)
- (7)
- (8)