別記様式第２号（４条関係）

妙高市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 　月　 日

（宛先）妙高市長

申請者　所 　在　 地

事業所等の名称

代 表 者 氏 名 　　　　　　　　　　印

電　話　番　号

次のとおり妙高市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付を申請します。

１　申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ド　ナ　ー | フ　リ　ガ　ナ |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 通　院　日　数 | 　　　　　　　　　　　　　　日 |
| 入　院　日　数 | 　　　　　　　　　　　　　　日 |
| 申　　請　　金　　額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |

※ 申請金額については、１日当たり１万円（申請金額の上限額は７万円）となります。

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　本店 ・支店信用組合・農協　　　　　　　　　　　出張所 |
| フリガナ |  | 種　別 | 普通　・　当座 |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

３　添付書類

（１）　ドナーに係る公益財団法人日本骨髄バンクが発行する通院等の日数及び骨髄等の提供の完了を証する書類の写し

（２）　ドナーとの雇用関係を確認できる書類

（３）　ドナーが骨髄等の提供ために特別休暇を取得した日数を確認できる書類

（４）　ドナー特別休暇制度があることを確認できる書類

（５）　その他市長が必要と認める書類