

様式第2号 (第4条第1項関係)

草津市骨髓等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書 (勤務事業所用)

年 月 日

草津市長 宛

(申請者) 所在地

事業所名

代表者氏名

電 話

( )

印

草津市骨髓等移植ドナー助成金の交付について、草津市骨髓等移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請 (請求) します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
ドナー氏名			
ドナー住所 ※骨髓等提供日時点	〒 草津市		
骨髓提供日	年 月 日		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで (うち対象 日分)		
申請(請求)金額	円		

2 振込先 (申請者本人以外の口座には振込みできません。)

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

3 添付書類

- (1) ドナーに対し骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類
- (2) 在職証明書等ドナーとの雇用関係を証明する書類
- (3) 骨髓等提供のため、ドナー休暇を取得した日数を確認できる書類

誓約および同意書			
本事業所は、審査に必要な情報 (ドナーの休暇取得等) の提供、確認および調査に同意します。			
	年 月 日	事業所名 代表者氏名	印

注1 申請 (請求) は、骨髓等の提供に係る通院・入院・面談の日数に1万円を乗じた額 (上限7万円) です。

注2 助成は骨髓等の提供に伴う経済的負担の軽減を目的としており、その他提供の際に付随して発生した経費等を補てんするものではありません。

注3 申請 (請求) は、骨髓等提供日から1年以内に行ってください。