

記入見本

申請する日を記入してください
※骨髓等提供日から1年以内に限る

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）

0000年 0月 0日

草津市長 宛

（申請者）所在地 **草津市草津三丁目13番30号**
事業所名 **株式会社0000**
代表者氏名 **草津 花子**
電 話 **077 (563) 0000**

必ず押印して
ください

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	カサノ タロウ	生年月日	0000年 0月 0日
ドナー氏名	草津 太郎		
ドナー住所 ※骨髓等 提供日時点	〒 525-8588 草津市 草津三丁目13番30号		
骨髓提供日	0000年 0月 0日		
対象期間	0000年 0月 0日から0000年 0月 0日まで（うち対象 0 日分）		
申請（請求）金額	70,000円		

¥やーなど記号は
書かないでください

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	くさつ ☒ 銀行 農協 信用金庫 信用組合	たびまる ☐ 本店 ☒ 支店 出張所
預金種別	☒ 普通 ・ 当座	口座番号 0000000
フリガナ	カサノタロウ 00000000	
口座名義人	株式会社0000	

3 添付書類

- 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
- 在職証明書等ドナーとの雇用関係を証明する書類
- 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
- 振込希望先金融機関の口座番号等が確認できる書類

必ず押印して
ください

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。	
事業所名 株式会社0000	代表者氏名 草津 花子
0000年 0月 0日	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。