様式第１号（第５条関係）

黒石市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年　　月　　日

黒石市長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

　骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、黒石市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

　市長が黒石市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付要綱第６条第１項の規定により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、補助金の交付については指定口座への振込を希望します。

記

１　申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 対象期間 | 通院又は面談日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 入院日 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| ドナー休暇取得期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　日間） |
| 申請日数 | 日間 | 申請額（請求額） | 円 |

２　添付書類

　(1)　 骨髄バンク又は医療機関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)　 申請する年度の前年度の納税証明書の写し

(3)　 勤務している事業所にドナー休暇の制度がないこと又は勤務する事業所が認めるドナー休暇の日数を超え

て通院等をしたことが確認できる書類

 (4)　骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類の写し

３　指定口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　信用金庫農協　信用組合 | 店 |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

※指定口座確認に必要なため、通帳をご持参ください。

４　確認事項　確認し、□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の交付を受けていません。
* 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。

備考

１　申請ができるのは、骨髄等の提供に係る通院等が完了した日から起算して３０日以内です。

２　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長としてください。