様式第２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（事業所用）

年　　月　　日

黒石市長　様

申請者　所在地

事業所名

代表者職氏名

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ドナー休暇取得者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| ドナー休暇付与期間 | 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)　ドナーである従業員が勤務することを証する書類

(4)　ドナー休暇の制度を導入していることを確認できる書類

(5)　ドナーである従業員がドナー休暇を取得した日数を確認できる書類

(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）

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。