

〇〇〇〇年××月△△日

柏市長 あて

申請者所在地 〇〇県△△市〇-□-△

事業所名 〇〇〇〇株式会社

代表者 職名・氏名 代表取締役 請求 太郎

担当者 部署名 〇〇〇〇部△△課

(本件責任者)

氏名 助成 一郎

電話番号 04-〇〇〇〇-△△△△

本件責任者とは、代表取締役又は支店長等といった社内において権限の委任を受けた役職者や、請求書等を発行するにあたり責任を有する方のことをいいます。

柏市骨髓ドナー助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書（事業所用）

柏市補助金等交付規則により、柏市骨髓ドナー助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請、実績報告及び請求します。

1 申請内容

ド ナ ー 考 慮 者 又 は 中 止	氏名	柏 花子		
	住所	柏市柏下△-□-〇		
	骨髓等採取日 (又は中止日※ 1)	〇〇〇〇年 ××月 △△日		
	対象日数(※2)	最大7日間	7日間	申請金額(※2) 70,000円

- (※1) 中止日は、提供中止に関するお知らせ文書の発行日を記入してください。
- (※2) ドナーが通院・入院に要した日数に応じて助成金を交付します。(1日につき2万円。7日を上限とする。)
- 例) 健康診断に係る通院/自己血貯血に係る通院/骨髓等の採取に係る入院/骨髓バンクが必要と認める通院・入院及び面接

1日につき1万円

2 誓約事項 (□に☑を付けてください)

・柏市骨髓ドナー助成金の申請条件を全て理解した上で申請し、申請内容及び添付書類に虚偽はない

私は上記事項について誓約します。

交付決定された助成金については下記口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名等						
〇〇〇〇		銀行	△△					本店
		金庫						支店
		農協						出張所
		信組						
預金種目 口座番号	普通	フリガナ 〇〇〇〇カブシキガイシャ						
	当座	1	2	3	4	5	6	7
	貯蓄	口座名義 〇〇〇〇株式会社						

※振り込み先の名義は「申請・請求者」のものに限ります。

★添付書類について

【提供者・中止者共通】

- (1) ドナーとの雇用契約が確認できる書類 (雇用証明書等)
- (2) ドナーがドナー休暇を取得したことが証明できる書類
- (3) ドナーの住民票 (提供者又は中止者の申請により既に確認している場合は省略できます。)

【提供者の場合】 (既に提出・確認している場合は省略できます。)

・骨髓バンクが発行する骨髓バンク事業に関する手続きがなされたことを証明する書類

【中止者の場合】 (既に提出・確認している場合は省略できます。)

- ・骨髓バンクが発行する骨髓等提供中止に関するお知らせ文書
- ・骨髓バンクが発行する骨髓バンク事業に関する手続きがなされたことを証明する書類

※最終説明及び同意書の作成より後の手続きに至らなかった場合は、最終同意書(写し)の提出も必要です。