

柏市長 あて

申請者 住所 柏市柏下△-□-〇

ふりがな かしわ はなこ  
氏名 柏 花子

電話番号 04-〇〇〇〇-△△△△

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（ドナー用）

柏市補助金等交付規則の規定により、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 （提供者又は中止者）	ふりがな	かしわ はなこ	骨髓等採取日（又は中止日）の翌日から起算して1年以内に申請してください。		
	氏名	柏 花子			
	住所	柏市柏下△-□-〇			
	骨髓等採取日（又は中止日）	〇〇〇〇年 ××月 △△日	最大7日間	1日につき2万円	
	対象日数（※）	7日間	申請金額（※）	140,000円	
	職業について（該当する場合は☑）	<input type="checkbox"/> 国及び地方公共団体並びに独立行政法人の職員である	勤務先におけるドナー休暇制度	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

（※）ドナーが通常業務に要する日数に応じて助成金を交付する。

・ドナー休暇制度とは、骨髓・末梢血幹細胞提供に要する期間、通常の年次有給休暇等とは別の特別休暇を取得することができる制度を指します。

・ドナー休暇の取得を認める国内の事業所（国及び地方公共団体並びに独立行政法人を除く。）も助成対象となります。別途、事業所用様式にてご申請ください。

せ文書

3 同意事項（□に☑を付けてください）

・助成金交付審査のため、柏市が住民基本台帳の記録に関する事項を確認すること

私は上記事項について同意します。

4 誓約事項（□に☑を付けてください）

・他の地方公共団体により柏市骨髓ドナー助成金に相当する助成金又はその他これに類するものの交付を受けてない。

・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 金庫 農協 信組							本店 支店 出張所	
預金種目 口座番号	普通	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	カシワ ハナコ
	当座								口座名義	柏 花子
	貯蓄									

※振り込み先の名義は「申請・請求者」のものに限ります。