

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-△△△△

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 （提供者又は中止者）	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
	対象日数（※）	7日間	申請金額（※）	70,000円

（※）ドナー休暇の取得日数に応じて助成金交付されます。1日につき1万円。7日間

最大7日間

1日につき1万円

2 添付書類

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

3 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 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	〇〇〇〇カブシキガイシャ
	当座								口座名義	〇〇〇〇株式会社
	貯蓄									

※振り込み先の名義は「申請・請求者」のものに限ります。