様式第2号(第5条関係)

年　　月　　日

彦根市長　　　　　　　　　　様

申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (法人の場合は会社名、代表者肩書および代表者氏

名を記入してください。)

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　担当者

(代表者と担当者が同一の場合は、記入不要です。)

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書(助成対象事業者用)

彦根市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付について、彦根市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請(請求)します。

1　申請内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象ドナー | フリガナ |  | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 氏名 |  |
| 骨髄等　提供日　時点での住所 | 〒彦根市 |
| 骨髄等採取日 | 　　年　　月　　日　　　　　 | 申請額 | 　　　　　　　　　　円 |
| ドナー休暇の期間 | 　　　年　 月　 日から　　　年 　月 　日まで(　　日分) |

2　振込先(申請者名義の口座に限ります。)

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　出張所 |
| フリガナ | 　 | 預金種別 | 普通　　当座 |
| 口座名義人 | 　 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

3　添付書類

(1)　助成対象ドナーとの雇用関係が確認できる書類(雇用証明書、在職証明書等)

(2)　助成対象ドナーが骨髄等の提供のためにドナー休暇を取得した日数が確認できる書類

(3)　当該助成対象ドナーに係る次に掲げる書類(当該助成対象ドナーが、助成金を申請しない場合に限る。)

ア　日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類

イ　骨髄等の提供に係る通院等をした日を証する書類

ウ　骨髄等提供日に市内に住所を有することが確認できる書類

(4)　その他市長が必要と認める書類

誓約書

1　私は、他の地方公共団体、企業その他の団体から類似の奨励金、助成金、補助金等を受けていません。

2　この申請(請求)に係る助成対象ドナーの個人情報の市への提供について、助成対象ドナーの同意を得て

います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞