

塩尻市骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

申請者 所在地
 事業所名
 代表者名
 連絡先電話番号

塩尻市骨髓等ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生 年 月 日
骨髓等を提供した者の氏名		年 月 日
骨髓等提供日現在の住所	〒	
申請金額	10,000円 × 日 = 円	
骨髓等の提供に係る対象期間	年 月 日から 年 月 日まで (期間のうち 日分)	
確認事項（確認のうえ、 □にレ印を記入してください。）	<input type="checkbox"/> 上記の提供をした者は、他の地方公共団体等が実施する骨髓等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。 <input type="checkbox"/> 事業所は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律に規定する暴力団又は暴力団員若しくは暴力団と密接な関係を有するものではありません。	

助成金の交付が決定された場合は、交付決定額を次の口座振込金融機関に振り込んでください。

注 申請者である事業所以外の口座には振込みをすることができません。

振込先金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
	預金の種類		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- (1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証する書類の写し
- (2) ドナーとの雇用関係が証明できる書類
- (3) ドナーが骨髓等の提供のために休暇を取得した日が確認できる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類