

年 月 日

伊豆の国市骨髄ドナー助成金交付申請書兼請求書（雇用事業者用）

伊豆の国市長 宛

所在地
 申請者 事業所名
 代表者氏名 印
 電話番号

伊豆の国市骨髄ドナー助成金交付要綱第4の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

ドナーの氏名	
ドナーの住所	
骨髄を提供した日	年 月 日
対象期間	骨髄等の提供のための通院等の内容
	1 健康診断に係る通院 日
	2 自己血採血に係る通院 日
	3 骨髄等の採取に係る入院 日
	4 その他骨髄バンク又は医療機関が必要と認める通院、入院又は面談 日
	通院、入院等の日数（合計） 日
申請金額	円

【確認事項】

ドナーの骨髄等の提供について他の地方公共団体から助成金等を受けていません。

【添付書類】

- ドナーの同意書（様式第3号） ドナーとの雇用契約を証する書類
- 日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類の写し
- ドナーに休暇を取得させたことが確認できる書類
- 振替先口座の通帳等の写し（カナ名義及び口座番号が確認できる部分）

振替先口座	金融機関	銀行	支店
		農協	支所
		金庫	出張所
口座種別	1. 当座 2. 普通	口座番号	
口座名義	フリガナ		
	氏名		

令和〇〇年〇〇月〇〇日

伊豆の国市骨髓ドナー助成金交付申請書兼請求書 (雇用事業者用)

伊豆の国市長 宛

所在地 伊豆の国市四日町 302-1

申請者 事業所名 健康づくり株式会社

代表者氏名 健康 一番

電話番号 055-〇〇〇-〇〇〇〇

「印」は法人

印

伊豆の国市骨髓ドナー助成金交付要綱第4の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

ドナーの氏名	伊豆の国 太郎
ドナーの住所	伊豆の国市四日町〇〇-〇
骨髓を提供した日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
対象期間	骨髓等の提供のための通院等の内容
	1 健康診断に係る通院 2 日
	2 自己血採血に係る通院 1 日
「申請額」 は訂正不可	3 骨髓等の採取に係る入院 2 日
	4 その他骨髓バンク又は医療機関が必要と認める通院、 入院又は面談 2 日
申請金額	70,000 円

通院、入院等の日数 (合計) 7 日

7日 × 10,000円

【確認事項】

ドナーの骨髓等の提供について他の地方公共団体から助成金等を受けていません。

【添付書類】

ドナーの同意書 (様式第3号) ドナーとの雇用契約を証する書類

日本骨髓バンクが発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類の写し

ドナーに休暇を取得させたことが確認できる書類

振替先口座の通帳等の写し (カナ名義及び口座番号が確認できる部分)

申請者と同じ
通帳、債権
者登録申立
書と確認

金融機関	伊豆の国	銀行	農協	蕪保	支店	支所	出張所		
	金庫								
口座種別	1. 当座 2. 普通	口座番号	9	8	7	6	5	4	3
フリガナ	ケンコウヅクリカブシキカイシャ								
口座名義	氏名	健康づくり株式会社							