

様式第2号（第5条関係）

駒ヶ根市骨髓バンクドナー補助金交付申請書（事業所用）

（申請先）駒ヶ根市長

（地域保健課）

駒ヶ根市骨髓バンクドナー補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請者及び申請内容

申請日		令和 年 月 日		
(申請者) 所属企業・ 団体等	所在地			
	事業所名	印		
	代表者			
	電話番号			
	担当者 部署氏名			
ドナー	フリガナ		生年	昭和 ・ 平成
	氏名		月日	年 月 日生
	住所	駒ヶ根市		
	骨髓等の提供に係る通院 又は医師等と面談をした 日			
	骨髓等の提供に係る入院 をした期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日分)		
申請金額	10,000円 × ()日 = ()円 ※上限10日			

2 添付書類

- (1) 勤務事業所の所在を証明する書類
- (2) ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- (3) 日本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明する書類の写し
※既にドナーから申請があった場合は省略できる。
- (4) 請求書（様式第3号）