様式第２号

摂津市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（助成対象事業主用）

年　　月　　日

摂津市長　様

申請者 　　所 在 地

（請求者）　　名　　称

代表者職氏名

電話番号

骨髄移植ドナー助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された骨髄移植ドナー助成金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象ドナー | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 骨髄等提供日 | 年　　　月　　　日 |
| 交付申請額 | １０，０００円×　　日間＝　　　　　　　　　円※交付申請額は、７日間・７０，０００円が上限 |
| 助成対象ドナーの勤務事業所所在地（該当する□にレ印を記入） | □ | 申請者所在地と同じ |  |
| □ | 申請者所在地と異なる（右欄に所在地を記入） | 〒 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　信用組合　　　　　　　　　　　支店農業協同組合 |
| 口座の種類 | 当　座　　・　　普　通 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義※申請者と同一 |  |

【確認事項（必ず確認の上、□にレ印を入れてください）】

□　助成対象ドナーが勤務する事業所の事業主は、国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人又は国立大学法人ではありません。

□　助成対象ドナーが勤務する事業所の事業主は、上記骨髄等の提供について、国又は他の地方公共団体等から本助成金と同趣旨の助成、補助等を受けておらず、今後も受けません。