年　　　月　　　日

八王子市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

八王子市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

八王子市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条第２項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１．申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| ドナー氏名 |  | 　　　年　　　月　　　日生  |
| ドナー住所 | 〒 |
| 骨髄等提供日 | 年　　　　月　　　　日最終同意後に骨髄等の提供が中止になった場合は、中止日を記入 |
| 日数 | 通院 | 　　　　日 |
| 面談 | 　　　　日 |
| 入院 | 　　　　日（　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで） |
| 合計 | 　　　　日 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

内容をご確認のうえ、□にチェックを入れてください。

２．添付書類

□公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書（ドナー本人が申請している場合は省略可）

□提供者（ドナー）との雇用関係が確認できる書類（例：在職証明書、雇用証明書等）

３．確認・同意事項

□当事業所には、ドナー休暇制度はありません。

□当事業所は、八王子市暴力団排除条例第２条第２号又は第３号に規定する暴力団員等ではありません。

□当事業所は、審査に必要な情報の提供及び調査に同意します。

※必ず朱肉を使う印鑑で押印してください（スタンプ印は不可です）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 助成金決定額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |