様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）

大津市長

申請者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

大津市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

大津市補助金等交付規則第４条第１項の規定により、大津市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付について次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年 　　月 　　日 |
| 骨髄等の提供日  における住所 | 〒  （電話番号：　　　　－　　　　－　　　　　　） | |
| 勤務する事業者名 | （電話番号：　　　　－　　　　－　　　　　　） | |
| 骨髄等の提供に係り通院等をした日 |  | |
| 請求金額 | 金　　　　　　　　　　円 | |

２　助成金の振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 | | |  | | | | | | |
| 口座種別 | １　普通　２　当座 | 口座番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | |

添付書類

１　財団が発行する骨髄等の提供が完了したことが分かる書類

２　骨髄等の提供に係る通院等を行った日が分かる書類

３　振込先の口座が確認できる書類

私は、他の地方公共団体から同種の助成金等の交付を受けていないことを誓約します。また、審査に必要な情報（住民基本台帳、通院の状況、勤務先等）の提供、確認及び調査に同意します。

　　　　　　年 　　　月　　 　日

　　　　　　　　氏名

様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）

大津市長

　　住　　所

申請者　　　事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

大津市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（雇用事業者用）

大津市補助金等交付規則第４条第１項の規定により、大津市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付について次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 骨髄等提供者  の氏名 |  | 年　 　月　 　日 |
| 骨髄等の提供に伴い休暇を付与した日 |  | |
| 請求金額 | 金　　　　　　　　　　円 | |

２　助成金の振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 | | | 支店 | | | | | | |
| 口座種別 | １　普通　２　当座 | 口座番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | |

添付書類

１　財団が発行する骨髄等の提供が完了したことが分かる書類

２　骨髄等の提供に係る通院等を行った日が分かる書類

３　骨髄等提供者との雇用契約及び当該骨髄等提供者に休暇を付与したことが分かる書類

４　振込先の口座が確認できる書類