

阿賀野市骨髓移植ドナー等支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所 阿賀野市  
氏 名  
電話番号

印

阿賀野市骨髓移植ドナー等支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので次のとおり申請し、請求します。

なお、申請にあたり必要がある時は、ドナー特別休暇制度の有無等を勤務先に確認をすることに同意します。

1 骨髓等の提供に係る通院又は入院の日数及び申請金額

通院日数	日
入院日数	日
申請金額	円

\* 申請金額については、1日当たり2万円（申請金額の上限は14万円）となります。  
ただし、ドナー特別休暇制度がある事業所等に勤務している場合は1日当たり1万円（申請金額の上限は7万円）となります。

2 ドナー特別休暇の有無

職 業

勤務先 所在地 名称  
電話番号

ドナー特別休暇制度 有 ・ 無（いずれか一方を○で囲んでください。）

3 助成金振込先

金融機関	銀行・農協		支店			
	信組・信金		支所			
フリガナ		種 別	普通 ・ 当座			
口座名義人		口座番号				

4 添付書類

(1) 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供にかかる通院又は入院の日数を証する書類の写し