

第2号様式（第4条関係）

（宛先）厚木市長

年 月 日

厚木市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

所在地  
 申請者 事業所名  
 代表者氏名  
 電 話  
 証明事務担当者氏名  
 （ ）

厚木市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

ドナー氏名		ドナーの 生年月日	年 月 日
ドナー住所			
対象期間	骨髄等の提供のための通院等の内容 1 健康診断に係る通院 日 2 自己血採血に係る通院 日 3 骨髄等の採取に係る入院 日 4 骨髄バンクが必要と認める通院、入院 日 ※7日が上限となります。		
申請金額			円

添付書類

- 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類
- ドナーとの雇用契約を証する書類
- その他（ ）

振 込 先 口 座	金融機関	銀 行 支 店 農 協 支 所 金 庫 出張所		
	口 座	1.普通 2.当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ	氏 名	

【厚木市処理欄】（※以下は記入しないでください。）

次のとおり決定します。

助成決定額（請求額）		円	受 付
助成決定年月日（請求日）		年 月 日	