

第2号様式（第4条関係）

（宛先）厚木市長

年 月 日

厚木市骨髓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
（ ）

厚木市骨髓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	骨髓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 骨髓等の採取に係る入院 日 4 骨髓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

- ☐ 骨髓バンクが発行した骨髓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。）		受 付
次のとおり決定します。		
助成決定額（請求額）	円	
助成決定年月日（請求日）	年 月 日	