

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	
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	