

(宛先) 所沢市長

申請者 住 所
氏 名

所沢市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

所沢市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

なお、この申請書兼請求書の内容に関し、市が保有する個人情報を見ることができ、及びドナー休暇制度の有無、対象期間等、この申請及び請求の事実確認につき勤務先に照会することに同意します。

フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日	
住 所	〒 電話 () (日中に連絡を取ることができる電話番号)				
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日分)				
勤 務 先	名称 住所 電話 () ドナー休暇制度 有・無 有を選択した場合は、以下を記入してください。 ドナー休暇対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (日分)				
申 請 金 額	円 (対象期間からドナー休暇対象期間を除いた日数 × 2万円：限度額14万円)				
振 込 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店	
		信用組合・農協		出張所	
	フリガナ	預金種目	当座	普通	
	口座名義人	口座番号			

* 添付書類 バンクが発行する骨髄等の提供（骨髄等の提供に係る最終同意を行った後に当該骨髄等の提供が中止された者にあつては、当該骨髄等の提供に係る通院等）が完了したことを証する書類