

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付について、昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	住所 事業所名		
	代表者 氏名	印	
提供者	住所		
	氏名		
対象期間	○ 入院又は通院の初日	年	月 日
	○ 入院又は通院の最終日	年	月 日
	○ 入院又は通院の実日数		日
申請額	円		

※ 対象期間は、この申請の骨髓提供に関する入院及び通院について記入してください。

昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金口座振込依頼書

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	普通・当座
口座番号			
口座名義 ※申請者名義のものに 限ります	(フリガナ) (名 義)		

添付書類

- 1 提供者との雇用関係を証明できるもの
- 2 提供者が助成金の交付申請をしない場合は、公益財団法人日本骨髓バンクが発行する
骨髓等の提供が完了したことを証明する書類
- 3 その他市長が必要と認める書類