

年 月 日

鹿嶋市長 様

申請者 所在地
 事業所名
 代表者氏名 印
 電話番号

鹿嶋市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

鹿嶋市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第4条第2項に基づき、鹿嶋市骨髄移植ドナー助成金の交付を受けたく、下記のとおり申請します。

記

（1）申請内容

| | | | |
|--------|----------------------|------|-------|
| 事業所名 | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 提供書の氏名 | | | |
| 提供者の住所 | | 連絡先 | |
| 申請額 | 円 | | |
| 対象期間 | 年 月 日から 年 月 日まで（ 日分） | | |

添付書類 （1）提供者との雇用関係が確認できる書類（2）提供者が骨髄等の提供のために休暇を取得した日が確認できる書類（3）バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類の写し（提供者が助成金の交付を申請しない場合に限る）。（4）その他市長が必要と認める書類

（2）請求内容

| | | | | | | | | | |
|----------|-------|---------|----|-------|--|--|--|--|--|
| 振込 口座 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 | | 本店・支店 | | | | | |
| | | 信用組合 | | 出張所 | | | | | |
| | フリガナ | 預金種目 | 当座 | 普通 | | | | | |
| | 口座名義人 | 口座番号 | | | | | | | |

【同意欄】私は当該助成事業に必要な情報（住民登録・市民税等納付状況等）について、所管職員が確認することに同意します。

事業所代表者名 印

※情報提供に同意しない場合は、納税証明書（市税等に未納がないこと）を添付してください。