様式第２号（第５条関係）

佐久市骨髄等ドナー支援事業助成金交付申請書兼実績報告書（事業所用）

年　　月　　日

（申請・報告先）佐久市長

申請者　所 在 地　〒

事業所名

代表者氏名

電話番号

佐久市骨髄等ドナー支援事業助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

１　申請・実績内容

|  |  |
| --- | --- |
| ドナーの住所 |  |
| ドナーの氏名 |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日生 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 骨髄等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日 | 年　　月　　日　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 骨髄等の提供に係る入院をした期間 | 　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　（　　日間） |

　　＊上記の骨髄等の提供に係る通院をした日、医師等との面談をした日又は入院をした期間は、勤務を要した

日に限ります。

２　誓約・同意事項

　□他の地方公共団体等から骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。

□審査に必要な情報（市税納付状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

□暴力団員又は暴力団との関係を有していません。

３　添付書類

（１）登記事項証明書等の勤務事業所の所在を証明する書類

（２）ドナーとの雇用関係を証明する書類

（３）ドナーが骨髄等の提供に係る休暇を取得した日が確認できる書類

（４）骨髄バンクがドナーに対し発行する、骨髄等の提供を完了したことを証明する書類の写し

（５）骨髄バンクがドナーに対し発行する、骨髄等の提供をするために通院等をしたことを証明する書類の写し

（６）前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

　　＊第４号及び第５号に掲げる添付書類は、ドナーが助成金の交付の申請をしている場合は、添付を

省略できます。