

川上村骨髓バンクドナー支援事業補助金交付申請書兼実績報告書(事業所用)

年 月 日

(申請先)川上村長 様

申請者 住 所
事業所名
代表者名
電話番号

川上村骨髓バンクドナー支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

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		
骨髓等の提供に係る 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	
骨髓等の提供に係る 入院をした期間	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)

2 確認事項

他の自治体等が実施する骨髓等の提供に係る補助金等の交付を受けていません。

審査に必要な情報(村税納付状況)の提供、確認及び調査に同意します。

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) ドナーが骨髓等の提供に係る休暇を取得した日が確認できる書類
- (4) 骨髓バンクがドナーに対し発行する、骨髓等の提供を完了したことを証明する書類の写し
- (5) 骨髓バンクがドナーに対し発行する、骨髓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、村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。