様式第２号（第５条関係）

**亀山市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（雇用事業者用）**

　　年　　月　　日

亀山市長　様

申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

　電話

　亀山市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条第２項の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。 なお、交付決定がされた場合は、下記のとおり請求します。

記

１ 申請の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　日 |
| 氏名 | □申請者と同じ |
| 採取日時点の  住所 | 〒  □申請者と同じ | | |
| 連絡先 | □申請者と同じ　　　　　　　　※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。 | | |
| 採取日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 対象期間 | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　月　　日まで（　　　　　日分） | | |

２　振込先（申請者名義の口座に限ります。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 |  |
| 口座種別  ※該当するものに○印 | １.普通　２.当座 | 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義 |  | | | |

３　確認事項

　□私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

氏名（自署）

　□当事業所には、ドナー休暇制度はありません。

事業所名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

４　添付書類（（２）については、提供者が交付申請する場合は不要です。）

　（１）提供者との雇用関係が確認できる書類

　（２）バンクが発行する骨髄バンク事業に関する手続がなされたことを証明する書類