

第1号様式(第4条関係)

阿賀町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書(ドナー用)

年 月 日

阿賀町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

阿賀町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり必要のある時は、ドナー特別休暇制度の有無等を勤務先に確認することに同意します。

1 助成金申請額及び申請の内訳

申請額		円
通院・入院日数		通院 日 ・ 入院 日
勤務先	名称	
	所在地	(電話)
	ドナー特別休暇	有 ・ 無

※申請金額については、1日当たり2万円(上限は14万円)です。ただし、ドナー特別休暇制度がある事業所等に勤務するドナーは1日当たり1万円(上限額7万円)となります。

2 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
フリガナ	種別	普通 ・ 当座	
口座名義人	口座番号		

3 添付書類

- (1)公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供のための通院又は入院の日数及び骨髓等の提供の完了を証する書類の写し
- (2)その他町長が必要と認める書類

第2号様式(第4条関係)

阿賀町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書(事業所等用)

年 月 日

阿賀町長 様

申請者 所在地  
事業所等名称  
代表者氏名  
電話番号

次のとおり阿賀町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付を申請します。

1 助成金申請額及び申請の内訳

申請額		円
ドナー	フリガナ	
	氏名	
	通院・入院日数	通院 日 ・ 入院 日

※申請金額については、1日当たり1万円(上限額7万円)となります。

2 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	フリガナ	種別	普通・当座
口座名義人	口座番号		

3 添付書類

- (1)ドナーに係る公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供のための通院又は入院の日数及び骨髓等の提供の完了を証する書類の写し
- (2)ドナーとの雇用関係を確認できるその他町長が必要と認める書類
- (3)ドナーが骨髓等の提供のためにドナー特別休暇を取得した日数を確認できる書類
- (4)ドナー特別休暇制度があることを確認できる書類
- (5)その他町長が必要と認める書類