

年 月 日

船橋市骨髓移植ドナー支援事業奨励金交付申請書（事業所用）

船橋市長 あて

申請者 所在地 _____

事業所名 _____ 印 _____

代表者名 _____ 印 _____

（印の箇所は社判及び代表社印を押してください。）

電話 _____

船橋市骨髓移植ドナー支援事業において、ドナーが従事している事業所として、船橋市骨髓移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第4条の規定により、骨髓移植ドナー支援事業奨励金の交付を受けたく次のとおり申請します。

事業所名	
ドナー氏名	生年月日 年 月 日生
対象期間 (中止の場合は 中止日まで)	年 月 日 から 年 月 日まで (日分) (上記のうち、ドナー休暇※の日数: 日) ※ドナー休暇とは、職員が骨髓移植のための骨髓もしくは末梢血幹細胞移植のための末梢血幹細胞の提供者として必要な検査入院等のために取得する特別休暇です。
請求金額	円

私が受領する船橋市骨髓移植ドナー支援事業奨励金については、下記指定口座に振込みを依頼します。

金融機関	コード					コード					預金種別	口座番号							
	銀行・信用金庫・信用組合・農協					本店・支店・出張所					1 普通 2 当座								
口座名義 カナ																			

添付書類

- ① ドナーとの雇用契約を証明できる書類
- ② ドナーがドナー休暇を取得したことが確認できる書類