

吹田市骨髓バンク ドナー助成金交付申請書兼請求書（事業主用）

年 月 日

吹 田 市 長 宛

（申請者） 所 在 地

事 業 所 名

代表者職氏名

電 話 番 号

発行責任者

発行担当者

吹田市骨髓バンクドナー助成金の交付について、吹田市骨髓バンクドナー助成金交付要領第4条の規定により、次のとおり必要書類を添えて助成金を申請します。また、助成金の交付が決定された場合は、当該助成金を請求します。

1 申請内容 ※7日間・70,000円が上限

ドナー	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	骨 髄 等 提 供 日	年 月 日		
交 付 対 象 日 数 の う ち 、 有給ドナー休暇等の付与日数		_____ 日間		
申 請 金 額		_____ 日間 × 1万円 = 金 _____0,000 円※		

2 同意・誓約事項（必ず確認のうえ、□にレを記入してください。）

- ☐ 吹田市が審査に必要な情報（市税の納付状況等）を関係機関及び上記ドナーに照会すること並びに関係機関及び上記ドナーがこの照会について回答することに同意します。
- ☐ 国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人又は国立大学法人ではありません。
- ☐ 国、他の地方公共団体等が実施する同種同様の助成金等を受けておらず、今後も受けません。
- ☐ 市税に滞納はありません。
- ☐ 暴力団、暴力団員又は暴力団密接関係者ではありません。
- ☐ 偽りその他不正な手段で助成金の交付を受けたとき、又は市長が不適当と認めたときは、交付された助成金を吹田市に返還します。

3 振込先

振込先	銀行・信用金庫		本店・支店				
	信用組合・農協		出張所				
	預金種別	口座番号（右詰めで記入してください。）					
	普通 当座						
	フリガナ						
	口座名義人						
記入内容に軽微な誤り（金額誤りは除く）があった場合は、吹田市が訂正することに同意します。		申請者署名欄 _____					