

記入例

第3号様式（第4条関係）

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付申請書（事業所用）

令和2年 4月 30日

川崎市 長 あて

申請者 所在地：川崎市幸区堀川町***

事業所名：川崎商事株式会社

電話番号：044-***-***

代表者氏名：代表取締役 幸 太郎

印

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

代表者印を押印してください。

ふりがな ドナー氏名	かわさき はなこ 川崎 花子
ドナー生年月日	昭和**年 **月 **日 (** 歳)
ドナー住所	川崎市川崎区宮本町**
交付対象期間	骨髄等の提供に係る通院等により、ドナーが休暇を取得した日 ※骨髄等の提供に係る休暇制度が適用となる場合を除く 令和元 年 1 1 月 1 5 日 令和元 年 1 1 月 2 0 日 令和元 年 1 1 月 2 9 日 令和元 年 1 2 月 1 4 日 令和元 年 1 2 月 1 5 日 令和元 年 1 2 月 1 6 日 令和元 年 1 2 月 1 7 日 (計 7 日間) ※7日が上限
申請金額	7 日間 × 1万円 = 7万 円
添付書類	(1) 雇用関係及び休暇制度に関する証明書（第2号様式） (2) 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類（写し） (3) ドナーの住民票 (4) 請求書（第7号様式）（必須） ※同意がある場合は、(1)～(3)は省略可能です。 私が提出した(1)～(3)の書類を利用されることについて同意します。 同意欄 ドナー氏名（自署） 川崎 花子 印

記入例

第7号様式（第6条関係）

請求書（事業所用）

令和2年 4月30日

請求内訳	日数	1日あたりの金額	合計金額
川崎市骨髄ドナー 支援助成金	7 (日)	10,000 円	70,000 円

請求金額

¥ 70,000 円

(あて先) 川崎市長

上記の金額を請求します。次の口座へ振込みください。

住所 川崎市幸区堀川町***

事業所名 川崎商事株式会社

代表者氏名 代表取締役 幸 太郎

印

【振込口座】

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付申請書(事業所用)
(第3号様式)と同じ印(代表者印)で押印してください。

金融機関名	**銀行								
支店名等	**支店								
フリガナ	カワサキシヨウジカブシキガイシャ								
口座名義人	川崎商事株式会社								
預金種別	普通	口座 番号	7	9	4	*	*	*	*
	当座								
	貯蓄								

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付要綱第4条に規定する交付申請の書類と併せて提出された場合には、川崎市骨髄ドナー支援助成金交付要綱第5条に規定する交付決定があった日に請求の効力が生じる。

(川崎市記入欄)

記入しないでください。

交付決定日 年 月 日