

記載例

第1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（ドナー用）

令和8年 4月 1日

川崎市 市長 あて

申請者 住 所： 川崎市川崎区宮本町**

ふりがな かわさき はなこ
氏 名： 川崎 花子

電話番号： 044-***-****

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。

生 年 月 日	昭和**年 *月 *日（**歳）
勤 務 先	川崎商事株式会社
住 所	川崎市幸区堀川町***
電 話 番 号	電話（044-***-****）
骨 髄 提 供 日	令和7年 12月 15日
交 付 対 象 期 間 （うち助成対象日数）	令和7年 11月 15日～ 令和7年 12月 17日（7日間）※7日が上限
申 請 金 額	7日間 × 2万円 = 14万円
同 様 の 助 成 金	<input checked="" type="checkbox"/> 交付を受けていない
照 会 同 意 欄	本申請にあたり、助成金の交付に関し必要な事項について、市が保有する個人情報について照会することに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 川崎市住民基本台帳の記録に関する事項 ※同意いただけない場合は、住民票を添付してください。
添 付 書 類	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用関係及び休暇制度に関する証明書（第2号様式） ※複数の就労先がある方は、それぞれの就労先での証明が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 請求書（第6号様式） <input type="checkbox"/> その他（ ）

記載例

第2号様式（第4条関係）

雇用関係及び休暇制度に関する証明書

（内容は全て事業所の方が記入してください。）

川崎市長 あて

証明日 令和8年 4月 1日

事業所名 川崎商事株式会社

所在地 川崎市幸区堀川町***

電話 044-***-***

代表者名 代表取締役

幸 太郎

印

証明事務担当者氏名（ ）

次のとおり証明します。

ふりがな	かわさき はなこ
氏名（ドナー）	川崎 花子
生年月日	昭和**年 *月 *日
勤務開始日	平成**年 *月 *日 既に退職されている場合（退職日 年 月 日）
勤務場所	川崎市中原区上小田中***
勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 経営者 <input type="checkbox"/> 親族等が経営者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
有給休暇の適用	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
骨髄等の提供に伴う 休暇制度の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

記載例

第6号様式（第6条関係）

請求書（ドナー用）

令和8年4月1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）	20,000円	140,000円

請求金額

¥ 140,000 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 川崎市川崎区宮本町**

氏名 川崎 花子



【振込口座】

金融機関名	**銀行								
支店名等	**支店								
フリガナ	カワサキ ハナコ								
口座名義人	川崎 花子								
預金種別	普通	口座 番号	2	9	8	*	*	*	*
	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