様式第３号

年　　　月　　　日

　鳥取県福祉保健部健康医療局長　様

鳥取県骨髄ドナー提供支援金支給申請書（企業向け助成（奨励金を支給しない場合）用）

上記奨励金の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請企業名（名称及び代表者名） |  |
| 本社所在地 | （〒　　‐　　　　） |
| 申請者連絡先（電話番号またはメールアドレス） | （担当者氏名：　　　　　　　） |
| ドナーに付与したドナー休暇の日数 | 　　　　日（①） | 申請額①×１万円（上限７万円） | 　　　　　　円 |

※本社所在地は本社機能（県内事業所における休暇付与・人事管理の権限を有するもの）を有する事業所の所在地を記載してください。

※土日祝日その他定休日等及びシフト等の変更により勤務日でなくなった日は休暇に含みません。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | 銀行　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　信用金庫 |
| 口座種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義 |  |
|  |

【ドナー向け助成の申請状況について】＜いずれかに〇を付けたうえ（　）内を記入してください＞

　①ドナー本人が申請済み（申請予定）

②ドナーがドナー向け助成の支給条件を満たさない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【添付書類】

（１）骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に要した日を証明する書類の写し（休暇を取得した日とそれぞれ対応するよう、目的ごとに証明書の交付を受けること）

（２）ドナー休暇等を付与したことを証する書類