様式第２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①×２万円（上限１４万円） | 　　　　　　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。

※該当のドナーの方がドナー向け助成を申請された場合は、支給額は①×１万円（上限７万円）とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
|  |

　今回の骨髄等の提供で、休暇１日あたり１０，０００円を越える金額の奨励金を受給しました。

受給額：　　　　　　　　　円　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　※上記枠内はドナー本人が記入の上押印してください。

【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）休暇を付与したことを証する書類（勤務簿の写し等）及びドナー休暇の記載が確認できる就業規則等の写し