様式第２（第４条第２項関係）

東郷町骨髄バンクドナー等助成金交付申請書（事業所用）

年　　　月　　　日

東郷町長　殿

申請者　所在地

　　　　　　　　　　 事業所名

　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

電話番号

　東郷町骨髄バンクドナー等助成金交付要綱第４条第２項の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次の通り申請します。

（申請内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額及び申請日数 | 　金　　　　　　　　　円（計　　　　日分） |
| ドナー | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 氏名 |  |
| 骨髄等の提供日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 提供日時点の住所 | 〒 |

（確認事項）　□にチェックを入れてください。

* 当該事業所は、他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金の交付を

受けていません。

（添付書類）⑴は、ドナーが自身の助成金交付申請をすでに行っている場合は不要

⑴　骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証する書類（通院等の日数が確認できるもの）

⑵　ドナーとの雇用関係が確認できる書類

⑶　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）