

様式第 2 (第 4 条第 2 項関係)

東郷町骨髓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

東郷町骨髓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	年 月 日生
	氏名		月 日	
	骨髓等の提供日	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) (1)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

(1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を証する書類 (通院等の日数が確認できるもの)

(2) ドナーとの雇用関係が確認できる書類

(3) その他 ( )