

第2号様式（第4条関係）

広陵町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業者用）

年 月 日

広陵町長 殿

申請者 所 在 地：

事業者名：

代表者氏名：

電話番号：

広陵町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

ド ナ ー 氏 名		
ドナー生年月日等	年 月 日生（ 歳）	
ド ナ ー 住 所		
交 付 対 象 期 間 (うち助成対象日数)	通院・面談の日 (a)	(日間)
	入 院 期 間 (b)	年 月 日～ 年 月 日 (日間)
申 請 金 額	日間 (a + b) × 1万円 = 万円	
同 種 の 助 成 等	<input type="checkbox"/> 受けていない	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 骨髄等の提供に係るドナーの通院等の日数を証する書類	
	<input type="checkbox"/> ドナーとの雇用関係等を証する書類	
	<input type="checkbox"/> 骨髄等の提供に伴う休暇制度がないことが分かる書類 (事業所の就業規則等の写し)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	