様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

美濃加茂市長　（氏　名）　宛

骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付申請書（事業所用）

申請者　　所在地

　　　　　事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

美濃加茂市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付要綱第５条第２項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| フリガナ |  | ドナー  生年月日 | 年　　月　　日 |
| ドナー氏名 |  |
| ドナー住所 | 〒　　　－  美濃加茂市 | | |
| 対象期間 | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで（　　　日分） | | |
| 申請金額 | 円 | | |

２　確認事項（□にチェックを入れてください。）

|  |
| --- |
| □　当事業所は、骨髄等の提供について、他の同種の助成等を受けていません。  　□　当事業所は、ドナー休暇制度はありません。  　□　当事業所は、審査に必要な情報の照会及び調査に同意します。 |

添付資料

（１）　骨髄バンクが発行する、ドナーが骨髄等の提供を完了したことを証明する書類（写し）

　　　　（通院等の日数が確認できるもの）

（２）　ドナーが骨髄等の提供を完了した日に、当該ドナーを雇用していることを証明する書類