第２号様式（第４条関係）

大井町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年　　月　　日

大井町長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所在地： |
| 事業所名： |
| 代表者氏名：　　　　　　　　　　㊞ |
| 電話番号： |

大井町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ドナー氏名 |  |
| ドナーの生年月日 | 昭和 ・ 平成　　年　　　月　　　　日 |
| ドナーの住所 |  |
| 交付対象期間  (うち助成対象日数) | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） |
| 申請金額 | 日間　×　１万円　＝　　　　　　　円 |
| 添　付　書　類 | * 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類 * ドナーとの雇用関係を証する書類 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |