様式第２号(第５条関係)

みよし市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

みよし市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地　〒

みよし市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　みよし市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条第２項の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

１　申請額及び申請日数　　金　　　　　　　　　　円　（　計　　　日分　）

２　交付対象ドナー

(1)　氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）

(2)　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

(3)　骨髄等の提供日　　　　　年　　　月　　　日

(4)　提供日時点の住所

３　添付書類

　　(1)　財団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）

(2)　ドナーとの雇用関係が確認できる書類

(3)　その他市長が必要と認める書類

※(1)は、ドナーが自身の助成金交付申請を既に行っている場合は不要

|  |
| --- |
| **＜確認事項について＞**  　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等の交付を受けていません。  **事業所名　：**  **確認者氏名：** |