

様式第2号（第4条関係）

大和高田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

（宛先）大和高田市長

事業所の所在地：

名称：

氏名又は代表者名：

電話番号：

大和高田市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	年 月 日（ 歳）
ドナー住所	
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 = 万円
添付書類	<input type="checkbox"/> 骨髄等の提供の完了及び通院等の日数を証する書類の写し <input type="checkbox"/> ドナーとの雇用関係を証する書類 <input type="checkbox"/> その他（ ）

添付書類を提出するにあたり、当該ドナーの同意を得ています。