

様式第2号（第4条関係）

山県市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付申請書（事業者用）

年 月 日

山県市長 様

申請者  
住 所 〒  
事業所名  
代表者職・氏名  
電話番号

山県市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付要綱第4条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請内容

申請金額		円		
ド ナ ー	フリガナ		生年	年 月 日
	氏 名		月 日	
	骨髄等提供完了日	年 月 日		
	骨髄等提供完了日時 点の住所	〒		
骨髄提供完了日時点の雇 用事業所の所在地	〒			
通院等の日数	年 月 日から 年 月 日 ( 日分)			

2 確認事項（□にチェックを入れてください。）

当該業所は、審査に必要な情報の照会及び調査に同意します。

3 添付書類

- ・助成対象ドナーとの雇用関係を証明する書類
- ・その他（ ）