

様式第2号（第5条関係）

中津川市骨髄移植ドナー等助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

中津川市長 様

申請者 所在地 〒

事業所名

代表者職・氏名

印

電話番号

中津川市骨髄移植ドナー等助成金交付要綱第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	
	提供が完了した日	年 月 日		
	提供が完了した日 時点の住所	〒		
提供が完了した日時点の 雇用事業所の所在地	〒			
通院等の日数	年 月 日から 年 月 日まで ( 日分)			

2 確認事項（□にチェックを入れてください。）

- 当該事業所は、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。
- 当該事業所は、ドナー休暇はありません。
- 当該事業所は、審査に必要な情報の照会及び調査に同意します。

3 添付書類

- ・ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- ・その他（ )