様式第２号（第４条関係）

年　　月　　日

大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

大　淀　町　長　殿

申請者　所在地

事業所名

代表者名

電話番号

大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、大淀町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、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象ドナー | フ　リ　ガ　ナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 採取日時点  の住所 | 奈良県吉野郡大淀町 |
| 申　請　金　額 | | 日間　×　１万円　＝　　　　　　万円 |
| 交付対象期間  （うち、助成対象日数） | | （計　　　日間） |
| 添付書類 | | * 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書 * ドナーとの雇用関係を証する書類 * ドナー休暇制度がないことを証する書類   （事業所の就業規則等の写し）   * その他、町長が必要と認める書類 |