

様式第2号（第4条関係）

松崎町骨髓ドナー助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

松崎町長 様

申請者 所在地
事業所名
代表者名
電話番号

松崎町骨髓ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

| | | |
|-----------|--|-------|
| ドナーに関する事項 | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 通院・入院等の期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | (日間) |
| 交付申請額 | 円 | |
| 添付書類 | 1 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了又は中止したことを証する書類の写し 2 骨髓等の提供のために要した通院又は入院等の日数を証する書類 3 ドナーとの雇用関係を確認できる書類 4 その他町長が必要と認める書類 | |

<確認事項>

- 他の制度による骨髓等の提供に係る助成金等を受けていないことを誓約します。
- 要綱第3条の事業所助成事業欄に掲げる助成対象者に該当していることを誓約します。