第2号様式（第4条関係）

桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業者用）

年　　　月　　 日

（宛先）桜井市長

申請者 所在地：

事業者名：

代表者氏名：

電話番号：

（事業所名：　　　　　　　　　）

桜井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 | □ 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類□ 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |