

第2号様式（第5条第2項）

栄町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

栄町長 様

申請者 所在地

事業所名

代表者名

電話

担当者名

骨髓等の提供を完了した者が従事している事業所として、栄町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付規則第5条第2項の規定により、骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

事業所名			
ドナー氏名		生年月日	年 月 日生
ドナー住所			
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日分）		

添付書類

- ア 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を完了したことを証明する書類の写し
- イ 登記事項証明書その他事業所の所在を証する書類
- ウ 骨髓移植ドナーとの雇用関係を証明する書類
- エ その他町長が必要と認める書類

※アについては骨髓移植ドナーの申請により既に提出された場合は省略することができます。