第２号様式（第４条関係）

三宅町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

三宅町長

申請者　所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　三宅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、次のとおり

申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ドナー氏名 |  | |
| ドナー生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | |
| ドナー住所 |  | |
| 交付対象期間  （うち助成対象日数） | 通院・面談の日  (a) |  |
| 入院期間  (b) | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| （　　　　　日間） |
| 申請金額 | 日間(a+b)　×　１万円　＝　　　　万円 | |
| 同種の助成金 | □　交付を受けていない | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |