

第2号様式（第4条関係）

三宅町骨髓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：

三宅町骨髓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	☐ 骨髓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（ ）		