様式第２号（第５条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

 年 月 日

長泉町長　様

（申請者）

所　在　地

名　　　称

代表者氏名 　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

助成金の交付を受けたいので、長泉町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条第２項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、次のことについて同意します。

□ 本事業所は、町税等の滞納はありません。

□ 当該ドナーについて、他の地方公共団体による同種の助成を受けていません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ドナー | 氏名 | 生年月日年　　月　　日 |
| 通院等の日数 | 　　　　　日 |
| 添付書類（添付した書類にレ印を付けてください。）  | □　ドナーとの雇用関係を証明する書類□　勤務しているドナーの骨髄等の提供を完了したことを証明する骨髄バンクが発行する書類（通院等の日数が確認できるもの）※　当該ドナーが長泉町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱　　第５条第１項の交付申請をする場合は省略可 |