

様式第3号（第4条関係）

橿原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） 橿原市長

（申請者） 住 所： _____
事業所名： _____
代表者名： _____
電 話： _____

橿原市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付申請について

橿原市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、橿原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、下記のとおり申請します。

助成申請額	円								
助成対象 従業員	氏名								
	勤務地								
交付対象期間	通院	年	月	日から	年	月	日まで	(日分)
	通院	年	月	日から	年	月	日まで	(日分)
	入院	年	月	日から	年	月	日まで	(日分)
	その他	年	月	日から	年	月	日まで	(日分)
								計	

(注) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書の写しを添付すること。

(注) ドナー（助成対象従業員）との雇用関係を証明する書類を添付すること。