

様式第2号（第5条第2項）

八街市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

八街市長 北村新司 様

申請者所在地

事業所名

代表者名

Ⓜ

電話番号

— —

八街市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

ド ナ ー 対 象 者	フリガナ			
	ドナー氏名		生年月日	年 月 日
	ドナー住所			
申 請 額	円			
骨髄等移植年月日	年 月 日			
退 院 日	年 月 日			
ドナー休暇期間	年 月 日 から 年 月 日 まで（ 日分）			
本市以外からの骨髄等移植ドナー等助成金 その他これに相当するものの受給の有無	有 無			

添付書類

- （1） ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- （2） 就業規則その他のドナー休暇の制度を設けていることを証する書類及びドナーがドナー休暇を取得した日数を確認できる書類
- （3） 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を完了したこと及び通院等の日数を証明する書類

※ 上記（3）の書類については、ドナーの申請により既に提出されている場合は、省略することができます。