

第2号様式（第4条関係）

開成町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

開成町長 様

所在地：  
事業所名：  
申請者 代表者氏名：  
電話番号：

開成町骨髓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 氏 名                 |  |
| ド ナ ー の 生 年 月 日           | 年 月 日  |
| ド ナ ー の 住 所               |  |
| 交 付 対 象 期 間<br>(うち助成対象日数) | 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)  |
| 申 請 金 額                   | 日間 × 1万円 = 円   |
| 添 付 書 類                   | <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に係る通院等の日数を証する書類<br><input type="checkbox"/> ドナーとの雇用関係を証する書類<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |