様式第２号（第４条関係）

本庄市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（勤務事業所用）

年　　月　　日

（あて先）本庄市長

　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者　事業所及び

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

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

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　所　名 |  |
| ドナーの住所 | 本庄市 |
| ドナーの氏名 |  |
| 対 象 期 間（うち助成対象日数） | 　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日まで （　　　日分） |

添付書類

（１）　雇用するドナーが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の写し

（２）　ドナーとの雇用関係が証明できる書類

　（３）　その他市長が必要と認める書類

注意事項

　　申請ができるのは、骨髄等の提供が完了した日から９０日以内です。