

様式第2号（第5条関係）

御前崎市骨髄ドナー助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

御前崎市長 様

申請者 所在地  
事業所名  
代表者氏名 印  
電話番号

御前崎市骨髄ドナー助成金交付要綱第5条の規定により、御前崎市骨髄ドナー助成金の交付を申請します。

1 申請内容

ドナー	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	通院又は入院の日数	年 月 日から	年 月 日まで（	日分）
申請金額		円		

2 添付書類

- (1) 骨髄バンクが実施する骨髄バンク事業において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) 骨髄等の提供に係る通院した日及び入院した入院した日を証する書類の写し
- (3) ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- (4) 事業所の所在地が確認できる書類
- (5) その他市長が必要と認める書類