

別記
様式第 2 号（第 4 条関係）

白子町骨髓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

白子町長 様

申請書 所在地

事業所名

代表者名

電話番号

白子町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付について、白子町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

事業所名			
フリガナ		生年月日	年 月 日
ドナー氏名			
ドナー休暇 の取得期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日分）		
申請金額	円		

2 確認事項

当事業所は、他の地方公共団体から白子町骨髓等移植ドナー支援事業助成金に相当する補助金、助成金その他の金銭の交付を受けていないことを誓約します。

3 添付書類

- （1）ドナーとの雇用契約を証明できるもの
- （2）ドナー休暇を証明できるもの