様式第２号（第５条関係）

河津町骨髄ドナー助成金交付申請書（事業所用）

年　　月　　日

　河津町長　様

申請者　所在地

　　　　事業所名

代表者名

電話番号

河津町骨髄ドナー助成金の交付について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 月 　　日生 |
| ドナー氏名 |
| 通院等の  期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで  （うち　　　日間） | | |
| 申請金額 | 円 | | |
| 他の地方公共団体による同種の助成の有無 | □ 有　　　　　　□ 無 | | |
| 添付書類 | １　勤務事業所の所在地が分かる書類  ２　骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了又は中止したことを証する書類の写し  ３　骨髄等の提供のために要した通院又は入院等を証する書類の写し  ４　ドナーとの雇用関係が確認できる書類  ５　その他町長が必要と認める書類 | | |