第２号様式（第５条第２項）

浦安市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付申請書（事業者用）

年　　月　　日

（宛先）浦安市長

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

補助金の交付を受けたいので、浦安市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付規則第５条第２項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ドナー | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 交付申請額 | | 円 | | |
| 骨髄等移植年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| ドナー休暇期間 | | 年　　月　　日から 　年　　月　　日まで(　日分) | | |
| ドナーに係る他の地方公共団体からの骨髄移植ドナー支援事業補助金その他これに類するものの受給の有無 | | 有　・　無 | | |

添付書類

(1)　ドナーとの雇用関係を確認することができる書類

(2)　就業規則その他のドナー休暇の制度を設けていることを証する書類及びドナーがドナー休暇を取得した日数を確認できる書類

(3)　ドナーに係る骨髄バンクが発行する骨髄・末梢血幹細胞の提供をしたこと及び通院等の日数を証する書類