

日の出町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

日の出町長 様

申請事業所 住 所 _____

事業所名 _____ 印

代表者名 _____

電話番号 _____

日の出町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、日の出町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第2項の規定により、次のとおり申請します。

なお、当事業所は、骨髄等の提供に伴う休暇制度はありません。

交付申請額	円		
交付対象 従 業 員	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所		
	勤 務 地		
交付対象 期 間	通 院	年 月 日～	年 月 日（ 日間）
	入 院	年 月 日～	年 月 日（ 日間）
	その他	年 月 日～	年 月 日（ 日間）

添付書類

1. 交付対象従業員との雇用関係を証明できるもの
2. 交付対象従業員が助成金の交付の申請をしない場合は、公益社団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類
3. 交付対象従業員が骨髄等提供のために取得した休暇の取得年月日を証明する書類
4. その他町長が必要と認める書類

個人情報の提供に係るドナー同意欄

私が勤務する事業所が、日の出町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付申請に当たり、私の個人情報を日の出町長に提供することに同意します。

また、日の出町が私の住民記録情報及び税情報を確認することに同意します。

年 月 日

日の出町長 様

ドナー 氏 名 _____ 印

住 所 _____