様式第２号(第５条関係)

年　　月　　日

真庭市長　　様

申請者

所在地

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　 　印

電話番号

真庭市骨髄バンクドナー支援事業補助金交付申請書(事業所用）

　真庭市骨髄バンクドナー支援事業補助金交付規程第５条の規定により、次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | |
| ドナー | フリガナ |  | | 生年月日 | | 年 月 日生 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 休暇日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 申請金額 | 日間＠10,000円　＝　　　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　　　　　(限度額　90,000円) | | | | | |

１　確認事項　□に該当であれば☑を入れてください。

　　□この申請と対象を同じくする補助金交付申請は、他自治体に申請してい　ません。

２　添付書類

　 (１)　公益財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の写し

(２)　骨髄等の提供者との雇用関係を証明する書類の写し