

第2号様式

鎌ケ谷市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

鎌ケ谷市長 あて

申請者 住 所 _____

事業所名 _____ 印

代表者名 _____ 印

電話番号 () _____

鎌ケ谷市骨髄移植ドナー支援事業において、骨髄・末梢血幹細胞の提供を完了したものが従事している事業所として、鎌ケ谷市骨髄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			
ドナー氏名		生年月日	年 月 日
骨髄提供 年月日	年 月 日から 年 月 日 (日分)		
申請金額	円		

2 添付書類

- ①ドナーとの雇用契約を証明できるもの
- ②ドナー休暇制度を有することを証明できるもの