

第2号様式（第4条関係）

鎌ケ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付申請書（事業所用）

年 月 日

鎌ケ谷市長 様

所在地

申請者 名称

代表者

電話番号 ( )

鎌ケ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金を受けたいので、鎌ケ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

事業所の名称			
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) ドナーと事業所との雇用契約を証明できるもの
- (2) 骨髄移植ドナー休暇制度を有することを証明できるもの