



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）

令和元年 6月 1日

鎌ケ谷市長 あて

申請者 住 所 鎌ケ谷市初富××

事業所名 株式会社カマガヤ 印

代表者名 梨畑 花子 印

電話番号 047 (〇〇〇) 〇〇〇〇

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 | 株式会社カマガヤ | | |
| ドナー氏名 | 鎌ケ谷 太郎 | 生年月日 | 昭和60年 1月 2日 |
| 骨髄提供 年月日 | 令和元 年 5 月 1日から 令和元 年 5 月 7 日 (7 日分) | | |
| 申請金額 | 〇〇,〇〇〇円 | | |

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