

様式第2号（第5関係）

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼実績報告書（事業所用）

大町市長 殿

年 月 日

申請者 住所
 事業所の名称
 代表者氏名 印
 電話

大町市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな			
事業所の名称 (代表者名)			
ド ナ ー	ふりがな		生年月日 年 月 日
	氏 名		
	住 所		
対 象 期 間	内 訳	年 月 日 ~ 年 月 日 (日分)	
		期 日	
		事由	
		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 ~ 年 月 日	

添付書類

- 1 骨髄等提供証明書（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する書類）の写し
- 2 ドナーとの雇用関係を証する書類