

様式第2号（第4条関係）

大治町骨髓提供者支援補助金交付申請書（事業所用）

令和 年 月 日

大治町長 殿

（申請事業所）所在地
事業所名
代表者氏名
電 話

骨髓提供者支援補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請額	金	円
申請日数	計	日分
骨髓提供者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	骨髓等の提供日	年 月 日
	提供日時 点の住所	

【添付書類】

- （1）骨髓バンクが発行した骨髓等の提供を証する書類（通院等の日数が確認できるもの）
- （2）骨髓提供者との雇用関係が確認できる書類
- （3）その他（ ）

※（1）は、骨髓提供者が自身の補助金交付申請をすでに行っている場合は不要

【確認事項】 にチェックを入れてください。

- 当該事業所は、他の地方公共団体による同様の目的の補助金等の交付を受けていません。