

別記様式第2号（第4条関係）

（表面）

令和 年 月 日

関市長 様

関市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（雇用事業所用）

関市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第2項の規定により、助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

申請者 (雇用事業所)	所在地	
	事業所名	
	代表者職・氏名	印
	電話番号	() -
ドナー	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
	雇用期間	年 月 日～現在も継続雇用している (終了の場合 年 月 日)
申請金額	10,000円× 日間 = 円 (最大7万円)	
提供完了日	年 月 日	
対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
関係書類	(1) 雇用契約書その他のドナーとの雇用関係が確認できる書類 (2) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を完了したことを証明する書類（ドナーが申請する場合は不要） (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類	

(裏面)

確認事項	<p>(1) 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、市税の納入状況等）の提供及び調査に同意します。（当該ドナーが申請する場合は不要）</p> <p style="text-align: center;">ドナー氏名 印</p> <p>(2) 私は、審査に必要な情報（市税の納入状況等）の提供及び調査に同意します。また、当事業所には、ドナー休暇制度はありません。</p> <p style="text-align: center;">事業所名</p> <p style="text-align: center;">代表者職・氏名 印</p>
------	---