様式第２号(第４条関係)

美里町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年　　月　　日

美里町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　事業所及び代表者名

　　　　　　　　　　　　電話

　美里町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、下記のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、医療機関等に町が照会することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| ドナー | 住　　所 | 美里町 |
| 氏　　名 |  |
| 対 象 期 間 | 　　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　　年　　　月　　　日まで （　　　　　日分） |

添付書類

⑴　雇用の確認ができる書類（骨髄等提供者本人との関係が証明できるもの）

 ⑵ その他

※　申請ができるのは、骨髄等の提供が完了した日から起算して９０日以内です。