第２号様式（第４条関係）

三浦市骨髄ドナー支援助成金交付申請書（事業者用）

年　　月　　日

三浦市長

事業者所在地：

事業者名：

代表者氏名：

電話番号：

（事業所名：　　　　　　　　　　　　）

三浦市骨髄ドナー支援助成金交付要領第４条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ドナー氏名 |  | | |
| ドナー生年月日 | | 年　　月　　　日　（　　　歳） | |
| ドナー住所 | | |  |
| 交付対象期間  （うち助成対象日数） | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） | |
| 申請金額 | | 日間×１万円＝　　　　　万円 | |
| 添付書類 | | □骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類  □ドナーとの雇用関係を証する書類  □ドナー休暇制度がないことを証する書類（就業規則等の写し等）  □その他（　　　　　　　　　　） | |