

様式第2（第4条第2項関係）

知立市骨髓提供者等支援事業補助金交付申請書（事業所用）

年 月 日

知 立 市 長 様

申請者 所在地：

事業所名：

代表者氏名： ⑩

電話番号：

知立市骨髓提供者等支援事業補助金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、次のとおり申請します。

(フリガナ)			
骨髓提供者氏名		骨髓提供者 生年月日	年 月 日
骨髓等提供完了日			
完了日時点住所	愛知県知立市		
対象期間（日数）	年 月 日～ 年 月 日（ 日分）		
申請額及び申請日数	金 円（計 日分）		

（確認事項） にチェックを入れて下さい。

- 当該事業所は、他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金等の交付を受けていません。

（添付書類）

- (1) 日本骨髓バンクが発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類（骨髓等の提供に係る通院等の日数が確認できるもの）
*ただし、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
- (2) 骨髓提供者との雇用関係を証する書類（雇用証明書など）
- (1) その他市長が必要と認める書類

