

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

恵那市長 様

申請者 所在地

事業所名
代表者職・氏名
電話番号

印

恵那市骨髓移植ドナー等助成金交付申請書（事業所用）

恵那市骨髓移植ドナー等助成金交付要綱第4条第2項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請内容

申請金額		円		
ド ナ ー	フリガナ		生年	年 月 日
	氏 名		月 日	
	提供が完了した日	年 月 日		
	提供が完了した日 時点の住所			
提供が完了した日時点の 雇用事業所の所在地				
通院等の日数		年 月 日から 年 月 日まで (日分)		

2 確認事項（□にチェックを入れてください。）

- 本事業所は、骨髓等の提供について、他の同種の助成等を受けていません。
- 本事業所は、ドナー休暇はありません。
- 本事業所は、審査に必要な情報の照会及び調査に同意します。

3 添付書類

- ・ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- ・その他（)