

様式2

碧南市骨髓提供者等助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

碧 南 市 長 殿

(〒 -)

申請者 住 所

事業所名

代表者職・氏名

電話番号

碧南市骨髓提供者等助成金交付規程第4条第2項に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

助成申請額	円			
申請日数	助成対象日 (計 日)			
骨髓提供者	フリガナ		生年 月日	年 月 日生
	氏 名			
	骨髓等の提供日	年 月 日		
	提供日時点の 住所	(〒 -)		

【確認事項】 にチェックをいれてください。

当該事業所は、審査に必要な情報の提供、確認及び調査に同意します。

当該事業所は、他の地方公共団体による類似の助成金等の交付を受けていません。

(受けている場合、地方公共団体名)

【添付書類】

(1) 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を証する書類（提供日・通院又は入院した日の記載があるもの）

* 骨髓提供者が自身の助成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が確認できる書類（雇用証明書等）

(3) その他市長が必要と認める書類 ()