

蟹江町骨髓提供者等助成金交付申請書【事業所用】

年 月 日

蟹江町長 殿

申請者 所在地 〒

事業所名

代表者職・氏名

㊟

電話番号

蟹江町骨髓提供等者助成事業要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

【申請内容】

申請額及び申請日数		金 円 ( 計 日分 )		
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】 にチェックを入れてください。

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)は、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)

(1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を証する書類 (通院等の日数が確認できるもの)

(2) 骨髓提供者との雇用関係が確認できる書類

その他 ( )