

第2号様式（第4条関係）

鎌ヶ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付申請書（事業所用）

申請日を記入してください

令和 ×年 ××月 ××日

鎌ヶ谷市長 様

所在地 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1

申請者 名称 ○○○○○会社

印

代表者 新鎌ヶ谷 ○○

印

電話番号 047(×××)××××

鎌ヶ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金を受けたいので、鎌ヶ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

事業所の名称	○○○○○会社		
ドナー氏名	鎌ヶ谷 ○○	生年月日	平成××年 ××月 ××日
骨髄提供 年月日	令和×年××月××日から 令和×年××月××日 (7 日分)		
申請金額	××, ×××円		

2 添付書類

- ドナーと事業所との雇用契約を証明できるもの
- 骨髄移植ドナー休暇制度を有することを証明できるもの