

第 2 号様式（第 5 条）

骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

（あて先）印西市長

申請者 所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____

電話 _____

骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、印西市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

ドナー氏名		生年月日	年 月 日
ドナー住所			
特別休暇 付与日数	年 月 日から 年 月 日まで (日分)		
交付申請額	円		
骨髄等の提供の日又は 中止された日	年 月 日		

添付書類

- ・ドナーとの雇用契約が確認できる書類
- ・骨髄バンクが発行する証明書の写し
- ・就業規則その他のドナー休暇の制度を設けていることを証する書類
- ・ドナー休暇を与えた日数を確認できる書類