

様式第2号(第4条第2項関係)

### 瀬戸市骨髄提供者等助成事業助成金交付申請書【事業所用】

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 所在地 〒

事業所名

代表者職・氏名

電話番号

瀬戸市骨髄提供者等助成事業要綱第4条第2項の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

#### 【申請内容】

申請額及び申請日数	金	円	通院	日分
			入院	日分
			計	日分
ドナー	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	骨髄等の提供日		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（法人の場合は代表者を含む）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。

当該事業所（法人の場合は代表者を含む）は、審査に必要な情報（市税の納付状況）の提供、確認及び調査に同意します。

【添付書類】（（1）は、ドナー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）骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を称する書類（通院等の日数が確認できるもの）

（2）ドナーとの雇用関係が確認できる書類

その他（ ）