

第2号様式（第4条関係）

大府市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付申請書【事業所用】

年 月 日

大府市長 殿

申請者 所在地

事業所名

代表者職・氏名

電話番号

大府市骨髄移植ドナー等支援事業助成金交付要綱第4条第2項の規定により、下記のとおり大府市骨髄移植ドナー等支援事業助成金の交付を申請します。

記

ドナー	フリガナ
	氏 名
	生年月日 年 月 日生
	住 所
助成申請額	円
提 供 日	年 月 日
交付の対象となる通院又は入院	通院 年 月 日から 年 月 日まで( 日分)
	通院 年 月 日から 年 月 日まで( 日分)
	入院 年 月 日から 年 月 日まで( 日分)
	入院 年 月 日から 年 月 日まで( 日分)
	計 日分

(添付書類) ドナーとの雇用関係が確認できる書類