

第2号様式（第4条関係）

大和市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

大和市長 あて

申請者 所在地：
事業所名：
代表者氏名：
電話番号：

大和市骨髄移植ドナー支援事業助成要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

ドナー氏名	
ドナー生年月日	昭和・平成 年 月 日
ドナー住所	
交付対象期間 (うち助成対象日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
申請金額	日間 × 1万円 = 円
添付書類	<input type="checkbox"/> 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類 <input type="checkbox"/> ドナーとの雇用関係を証する書類 <input type="checkbox"/> その他 ()

【市使用欄】

受付番号	No
------	----

公印使用承認
電子公印

(本人確認書類)

- マイナンバーカード
 運転免許証
 その他

- 住基確認(大和市に住民登録があるか) (有 ・ 無)
 納税確認(滞納 無 ・ 有)
 勤務先との雇用関係(有 ・ 無)
 勤務している事業所の骨髄などの提供に伴う休暇制度(無 ・ 有)

担当	係長	課長	次長	部長

受付者