

様式第2号（第4条）

長柄町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

長柄町長 様

申請者 住 所

事業所名

㊞

代表者氏名

電話番号

本事業の助成金を受けたいので、長柄町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、他の地方公共団体から助成に相当する補助金その他これに類するものの交付を受けていないことを誓約します。

記

フリガナ			
事業所名			
フリガナ			
ドナー氏名			
ドナー住所			
特別休暇 付与日数	年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間)		
申請金額	円		
振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫・組合	支店名
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- ①ドナーとの雇用契約を証する書類（雇用証明書等）
- ②ドナー休暇を与えていることを証する書類（就業規則等）