

様式第2（第4条関係）

新城市骨髄等提供者等助成金交付申請書【事業所用】

年 月 日

新 城 市 長

申請者 所 在 地
事業所名並びに
代表者職及び氏名
電 話 番 号
印

新城市骨髄等提供者等助成金交付要綱第4条第2項の規定により、新城市骨髄等提供者等助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

【申請内容】

交付申請額		金 円（計 日分）		
提 供 者	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。

- 当事業所は、他の地方公共団体が実施する同種又は同類の制度による助成を受けていません。

【添付書類】

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証する書類（通院等の日数を確認することができるものに限る）
- (2) 提供者との雇用関係が確認できる書類
- (3) その他市長が必要があると認める書類

※ (1)は、提供者が自身の助成金交付申請を既に行っている場合は不要