

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

薩摩川内市長 様

申請者 所在地 〒
事業所名
代表者（職・氏名）
電話番号

薩摩川内市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額		金 円（対象日数 日分）		
骨髄等提供者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	骨髄等提供完了年月日			
	骨髄等提供日における住所			

※交付申請額は、7日間で70,000円が上限です。

※国、地方公共団体、独立行政法人及び個人事業主は対象となりません。

（添付書類）

- 1 事業所の所在地が分かる書類
- 2 ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- 3 骨髄バンクが発行する証明書（ドナー用で申請済みの場合は省略可）
- 3 その他市長が必要と認める書類