様式第2号（第5条関係）

湖西市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付申請書（事業所用）

　　　　年　　月　　日

（宛先）湖西市長

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

電話番号

　湖西市骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| ドナー氏名 |  |
| 骨髄等提供日における住所 |  | | |
| 通院等の日数 | 日 | | |
| 同趣旨の他の  補助金等の受給 | □有（名称　　　　　　　　　　　　）・□無 | | |
| 申請金額 | 円 | | |

（注）該当する項目の□に✓を付してください。

|  |
| --- |
| 私は、湖西市骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付に当たり、市長が住民基本台帳の調査を行うことに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞  〔ドナーによる署名又は記名押印〕 |

【添付資料】

　1　ドナーが勤務している旨を証する書類

　2　ドナーの完了証明書の写し

　3　その他市長が必要と認めるもの