

森町骨髓移植ドナー支援事業補助金交付申請書（事業所用）

年 月 日

森町長 様

所在地

申請事業者 名称

代表者氏名

電話番号

森町骨髓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		ドナー	
ドナー氏名		生年 月日	年 月 日
骨髓等提供日における住所			
骨髓提供日	年 月 日		
申請に係る 通院等の対象日 及び日数	年 月 日・ 年 月 日・ 年 月 日 年 月 日・ 年 月 日 年 月 日・ 年 月 日 計： 日間 (※当該ドナーが当事業所に勤務している期間における日数に限る。)		
同趣旨の他の 補助金等の受給	<input type="checkbox"/> 有（自治体名等： ）・ <input type="checkbox"/> 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、森町骨髓移植ドナー支援事業補助金の交付に当たり、町から医療機関への入院内容についての照会及び交付金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し交付実績に係る情報を提供することについて同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

[ドナーによる署名又は記名押印]

【添付資料】

- 1 骨髓等の採取に伴う通院又は入院に要した期間において、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 その他町長が必要と認めるもの