

年 月 日

一関市長 様

申請者 事業所名
住 所
代表者名
連 絡 先

一関市骨髄ドナー支援事業補助金交付申請書（事業所用）

一関市骨髄ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、一関市補助金交付規則により関係書類を添えて、次のとおり補助金の交付を申請します。

フリガナ		生 年 月 日
1. 骨髄ドナー氏名		年 月 日生
2. 骨髄提供日の住所 (中止した場合は中止日の住所)	〒	
3. 申請金額	円	
4. 骨髄提供日 (中止した場合は中止日)	年 月 日	
5. 骨髄等の提供に係る 通院又は医師等と面 談した日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
6. 骨髄等の提供に係る 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	

【確認事項】（□の中に✓を付けてください）

□ 他の制度による骨髄等の提供に係る補助等を受けていません。

【添付書類】

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
- (2) 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談したことを証する書類
- (3) 骨髄ドナーとの雇用契約を証する書類
- (4) 就業規則等ドナー休暇を導入していることを証する書類