第２号様式（第５条第２項）

香取市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（勤務事業所用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　香取市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　助成金の交付を受けたいので、香取市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条第２項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 代表者氏名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| ドナ｜ | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 骨髄等の提供のための通院等の日数 | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（　　　日間） | | |
| ドナー休暇を与えた日数 | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（　　　日間） | | |
| 退院日 | | 年　　 月　 　日 | | |
|  | | | | |
| 誓 約 書 兼 同 意 書 | | | | |
| 当事業所は、ドナーに関して、他の地方公共団体からの助成その他これに相当するものの交付を受けていない事業所であることを誓約します。また、助成金の支給の可否の決定にあたり、香取市が保有する市税の納付に関する情報について、香取市職員が調査することに同意します。  事業所名  代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |