

様式第1号の2

千葉県骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所助成用）

年 月 日

（宛先）千葉県長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (※)

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

電話番号 \_\_\_\_\_

千葉県骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付について、千葉県補助金等交付規則第3条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

事業所名	
フリガナ	
代表者職氏名	
事業所所在地	〒
電話番号	
ドナー氏名	
取得したドナー 休暇の期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）

2 確認事項

他の地方公共団体により助成金に相当する補助金その他これに類するものの交付を受けていないことを誓約します。

3 添付書類

- (1) 雇用証明書（雇用契約書の写し、在職証明書等）
- (2) 骨髓提供のため、ドナー休暇を取得した日数を確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類