

様式第2号（第4条関係）

長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付申請書（補助対象事業所用）

年 月 日

長浜市長 あて

（申請者）

住所

事業所名

代表者氏名

電話

次のとおり長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

|                    |                           |       |           |       |
|--------------------|---------------------------|-------|-----------|-------|
| 補助対象ドナー            | フリガナ                      |       | 生年<br>月 日 | 年 月 日 |
|                    | 氏名                        |       |           |       |
|                    | 骨髓等提供日<br>における住所          | 〒 長浜市 |           |       |
| 骨髓等提供日             | 年 月 日                     |       |           |       |
| 交付対象となる<br>通院・入院期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで（うち対象 日分） |       |           |       |
| 申請額                | 円                         |       |           |       |

2 添付書類

補助対象ドナーとの雇用関係が確認できる書類