　第２号様式

骨髄等移植ドナー等助成金交付申請書（事業者用）

年　　月　　日

　（あて先）成田市長

　骨髄等移植ドナー等助成金の交付を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 名称 |  | | |
| 代表者氏名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| ドナー対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 申請額 | | 円 | | |
| 骨髄等移植年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 退院日 | | 年　　月　　日 | | |
| ドナー休暇期間 | | 年　月　日から　　　年　月　日まで（　日分） | | |
| ドナー対象者に係る本市以外からの骨髄等移植ドナー等助成金その他これに相当するものの受給の有無 | | 有　　　　　　　　　　無 | | |

　※申請者本人の署名により押印を省略することができます。