

別記様式第2号（第4条関係）

年 月 日

国富町長 殿

所 在 地
名 称
代表者の職氏名
電 話 番 号

国富町骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付申請書（事業所用）

国富町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、国富町骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第4条第2項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。なお、補助金を決定するにあたり、以下の4 確認事項については間違いありません。

記

1 提供者の住所及び氏名

住 所
氏 名

2 補助金の交付の対象となる期間（うち対象となる日数）

年 月 日から 年 月 日まで（ 日分）

3 交付を受けようとする補助金の額 円

4 確認事項 ☐にチェック☒を入れてください

☐ 私は、審査に必要な情報（町税納付状況、ドナー休暇制度の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。

5 添付書類

- (1) ドナーとの雇用関係が確認できる書類
- (2) その他町長が必要と認める書類

（文書取扱 保健介護課）