

高取町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業者用）

年 月 日

高取町長

【申請者】 住所：

事業者名：

代表者名：

印

電話：

高取町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付について、高取町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条に基づき、下記のとおり申請します。

助成申請額	円						
助成対象 従業員	氏名						
	勤務地						
交付対象期間	通院：	年	月	日から	年	月	日まで（ 日分）
	通院：	年	月	日から	年	月	日まで（ 日分）
	入院：	年	月	日から	年	月	日まで（ 日分）
	その他：	年	月	日から	年	月	日まで（ 日分）
						計	日分

（注）公益財団法人日本骨髓バンクが発行する証明書の写しを添付すること。