

枚方市骨髓バンクドナー助成金交付 申込書【事業所用】

年 月 日

枚方市長

次のとおり必要書類を添えて助成金の交付を申し込みます。

申込者 所在地
事業所名
代表者氏名
電話番号

㊟

1. 申込内容

ドナー	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		
	骨髓提供日	年 月 日		
申込金額	10,000 円 × () 日間 = () 0,000 円 ※申込金額は、7 日間・70,000 万円が上限です。			

2. 確認事項 (必ず確認のうえ、□にレをいれてください。)

- 当該事業所は、国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人及び国立大学法人ではありません。
- 当該事業所は、上記骨髓等の提供について、他の地方公共団体等から本助成金と同目的の補助を受けておらず、今後も受けません。

※申込者欄の代表者氏名について、自筆による署名の場合は押印不要です。