

第3号様式（第4条関係）

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

川崎市 長 あて

申請者 所在地：

事業所名：

電話番号：

代表者氏名： 印

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

ふりがな ドナー氏名	
ドナー生年月日	年 月 日 （ 歳）
ドナー住所	
交付対象期間	<p>骨髄等の提供に係る通院等により、ドナーが休暇を取得した日 ※骨髄等の提供に係る休暇制度が適用となる場合を除く</p> <p>年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日（計 日間）※7日が上限</p>
申請金額	日間 × 1万円 = 円
添付書類	<p>(1) 雇用関係及び休暇制度に関する証明書（第2号様式） (2) 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類（写し） (3) ドナーの住民票 (4) 請求書（第7号様式）（必須）</p> <p>※同意がある場合は、(1)～(3)は省略可能です。 私が提出した(1)～(3)の書類を利用されることについて同意します。</p> <p>同意欄 ドナー氏名（自署） 印</p>