

# 事業所 申請書

様式第 2 号（第 4 条関係）

平成××年×月×日

（宛先）高松市長

申請者 所在地 高松市番町〇丁目〇番〇号  
事業所名 〇〇株式会社〇〇営業所  
代表者氏名 所長 高松 次郎 ㊟

提供後 1 か月健診  
（術後検査）の月日  
を御記入ください。

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

所在地	高松市 番町〇丁目〇番〇号
フリガナ	〇〇カブシキガイシャ 〇〇エイギョウシヨ
事業所名	〇〇株式会社 〇〇営業所
フリガナ	シヨチヨウ タカマツ ジロウ
代表者氏名	所長 高松 次郎
助成対象ドナー氏名	高松 太郎
助成対象ドナー生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
骨髄等提供完了年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
申請金額	50,000円

電話番号  
087-839-2879

昼間に連絡のとれる電話番号を御記入ください。

《誓約・同意事項》 にチェックを入れてください。

- 他の法令等により骨髄等の提供に係る助成金などを誓約します。
- 市税に滞納はありません。市が所在地及び市関係機関に照会することに同意します。
- 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 6 号に規定する暴力団員若しくは同条第 2 号に規定する暴力団又はこれらの者と密接な関係を有する者ではありません。市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。

《添付書類》

助成対象ドナーが、骨髄等を提供するために最初に通院した日から当該提供を完了した日までの間、引き続き市内において、勤務し、役員として在任し、又は事業を営んでいたことを証明することができる書類（雇用証明書、確定申告書の写し等）

*助成金決定額 (市が記入します。)	円 記入しないでください。
-----------------------	------------------

一律 50,000円  
金額記入ミスの訂正は不可。

該当する項目すべてに✓を  
御記入ください。