

様式2 (第5条関係)

鹿児島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)

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 所在地
名 称
代表者氏名
電話番号

鹿児島市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条に基づき次のとおり申請し、下記3の事項に同意します。

1 申請内容

提供者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
交付申請額	(内訳) 10,000円 × 計 () 日間 円	

※交付申請額は、7日間で70,000円が上限です。

2 添付書類

- (1) 提供者との雇用関係を証明する書類 (雇用証明書等)
- (2) その他市長が必要と認める書類

3 同意確認事項 (□にチェックをいれてください)

私は、他の自治体等が実施する同様の助成金等の交付を受けていません。