

年 月 日

琴平町長 様

申請者 所在地

事業所名

代表者氏名 ㊟

琴平町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

琴平町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、琴平町骨髓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	仲多度郡琴平町	
フリガナ		電話番号
事業所名		
フリガナ		
代表者氏名		
助成対象ドナー氏名		
助成対象ドナー生年月日	年 月 日	
骨髓等提供完了年月日	年 月 日	
申請金額		円

《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髓等の提供に係る補助金等の交付を受けていないことを誓約します。
- 町税に滞納はありません。町が所在地及び町税の納付状況について、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。町が必要な場合には、警察に照会することに同意します。

《添付書類》

- 1 助成対象ドナーとの雇用関係を証明できる書類（雇用証明書等）
- 2 助成対象ドナーが個人事業主と生計を一にする親族の場合は、当該助成対象ドナーが、当該個人事業主が営む事業に従事していることを確認できる書類（確定申告書等の写し等）