様式第２号（第４条関係）

年　　月　　日

　日向市長　様

所　　在　　地

名　　　　　称

代表者の職氏名　　　　　　　　　　　　　　(※)

電　話　番　号

(※)本人が署名しない場合は、記名押印してください。

日向市骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付申請書（事業所用）

　日向市骨髄移植ドナー支援事業奨励金の交付を受けたいので、日向市骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第４条第１項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

１　提供者の住所及び氏名

　　　住　所

　　　氏　名

２　奨励金の交付の対象となる期間（うち対象となる日数）

　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで（　　日分）

３　交付を受けようとする奨励金の額　　　　　　　　円

４　添付書類

　　(１)　骨髄提供者との雇用関係を証明する書類の写し

(２)　市町村税の完納証明書

(３)　その他市長が必要と認める書類