

様式第2号

骨髄移植推進事業費補助金交付申請書（事業所用）

年 月 日

（あて先）掛川市長

住所 （所在地）

申請者 氏名 （名称及び代表者名） ㊟

電話

年度において骨髄移植推進事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 1 補助金交付申請額 円
- 2 ドナーの氏名及び生年月日
- 3 対象期間 年 月 日から 年 月 日まで（ 日分）