

様式 4

年度 栃木県骨髄等移植ドナー助成事業費補助金 内訳書

					市町名
	氏名	日数(日)	単価(円)	金額(円)	備考
ドナー分					
	小計				
	事業所名 (ドナー名)	日数(日)	単価(円)	金額(円)	対応状況 (当てはまるもの全てに☑してください)
事業所分	( )				<input type="checkbox"/> ドナー休暇制度で対応 <input type="checkbox"/> 年次有給休暇で対応 <input type="checkbox"/> 職員の超過勤務対応 <input type="checkbox"/> 代替職員の雇用で対応 <input type="checkbox"/> その他( )
	( )				<input type="checkbox"/> ドナー休暇制度で対応 <input type="checkbox"/> 年次有給休暇で対応 <input type="checkbox"/> 職員の超過勤務対応 <input type="checkbox"/> 代替職員の雇用で対応 <input type="checkbox"/> その他( )
	( )				<input type="checkbox"/> ドナー休暇制度で対応 <input type="checkbox"/> 年次有給休暇で対応 <input type="checkbox"/> 職員の超過勤務対応 <input type="checkbox"/> 代替職員の雇用で対応 <input type="checkbox"/> その他( )
	( )				<input type="checkbox"/> ドナー休暇制度で対応 <input type="checkbox"/> 年次有給休暇で対応 <input type="checkbox"/> 職員の超過勤務対応 <input type="checkbox"/> 代替職員の雇用で対応 <input type="checkbox"/> その他( )
	( )				<input type="checkbox"/> ドナー休暇制度で対応 <input type="checkbox"/> 年次有給休暇で対応 <input type="checkbox"/> 職員の超過勤務対応 <input type="checkbox"/> 代替職員の雇用で対応 <input type="checkbox"/> その他( )
	小計				
合計					