

様式第1号（第5条関係）

御前崎市骨髄ドナー助成金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

御前崎市長 様

申請者 住 所
氏 名
(署名又は記名押印)
電話番号

御前崎市骨髄ドナー助成金交付要綱第5条の規定により、御前崎市骨髄ドナー助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、市税等に滞納がないことを確認すること及びその他確認等が必要な場合には医療機関等に市が照会することに同意します。

1 申請内容

フリガナ			
ドナー 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
住 所	※申請者と同じ場合は記入不要		
電話番号	※申請者と同じ場合は記入不要		
通院又は 入院の日数	年 月 日から 年 月 日まで (日分)		
申請金額	円		

2 添付書類

- (1) 骨髄バンクが実施する骨髄バンク事業において骨髄等の提供を完了したことを証明する骨髄バンクが発行する書類の写し
- (2) 骨髄等の提供に係る通院した日及び入院した入院した日を証する書類の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類