

日の出町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

日の出町長 様

申請者 住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____ ㊟

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

日の出町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、日の出町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、下記の事項について同意することを確約します。

交付申請額	円
交付対象期間	通院 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
	入院 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
	その他 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）

添付書類

1. 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類
2. その他町長が必要と認める書類

記

この事業の実施に関し、日の出町が必要とする個人情報（居住、税情報を含む）の確認を行うこと、またその情報を本事業の事務で取り扱うことに同意します。

年 月 日

署 名 _____

署名は、本人が自署してください。