

様式第1号（第5条関係）

中津川市骨髄移植ドナー等助成金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

中津川市長 様

申請者 住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

印

生年月日

年 月 日

電話番号

中津川市骨髄移植ドナー等助成金交付要綱第5条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請内容

申請金額	円
提供が完了した日	年 月 日
提供が完了した日 時点の住所	〒
通院等の日数	年 月 日から 年 月 日まで (日分)

2 確認事項（□にチェックを入れてください。）

- 私は、骨髄等の提供について、他の同種の助成等を受けていません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の照会及び調査に同意します。

3 添付書類

- ・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する書類（写し）
（通院等の日数が確認できるもの）
- ・その他（ ）