様式第１号（第４条関係）

武豊町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年　　月　　日

武豊町長

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　印

　　　　生年月日

　　　電話番号

　武豊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、次のとおり武豊町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 円 |
| 提　供　日 | 　　　　　　　　 年　　　　　月　　　　　日 |
| 交付の対象となる通院又は入院 | 通院　 年　 月　 日から 　 年　　月　 日まで（　日分）通院　 年　 月　 日から 　 年　　月　 日まで（　日分）入院　 年　 月　 日から 　 年　　月　 日まで（　日分）入院　 年　 月　 日から 　 年　　月　 日まで（　日分）　　　　　　　　　　　　　　　　　計　　　　　　　日分 |

（添付書類）バンクが発行する提供を証明する書類（提供日・通院及び入院した日の記載があるもの）

【確認事項】□にチェックを入れてください。

　□　私は、審査に係る住民基本台帳の閲覧に関して同意します。

　□　私は、今回の骨髄等の提供について、本町以外から同種の助成等を受けていません。

　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印