

別 記

第 1 号様式（第 5 条）

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

（あて先）印西市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、印西市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ		生年	年 月 日
氏 名		月 日	
住 所	電話 () ※日中に連絡をとることができる電話番号		
交付申請額	円		
骨髄等の提供の日又は提供が中止された日	年 月 日		
対象期間	健康診断	日	
	自己血採血	日	
	骨髄等の採取	日	
	その他市長が骨髄等の提供のために必要と認めるもの	日	
	合 計	日	

添付書類

- ・骨髄バンクが発行する証明書の写し

確認事項

- 私は、この助成金以外に骨髄ドナーに係る補助金その他これに相当するものの交付を受けておりません。
- 私は、審査に必要な情報(住民基本台帳等)の提供及び調査に同意します。

自署 _____