

橿原市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

（宛先） 橿原市長

（申請者） 住 所： _____
 氏 名： _____
 生年月日： _____ 年 月 日生
 電 話： _____

橿原市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付申請について

橿原市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、橿原市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

助成申請額	円										
交付対象期間	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)		
	その他	年	月	日から	年	月	日まで	(日分)		
									計	日分	
個人番号											
<p>私は、この助成金の交付決定に当たり必要があるときは、市税の納付状況については市関係部署に、骨髄等の提供を行うための休暇の取得状況については勤務先に照会し、確認することに同意します。</p> <p>また、他の法令等によりこの助成費に相当する補助金その他これに類するものの交付を受けていない者であることを誓約します。</p>											
勤務先名称											
勤務先住所											
勤務先連絡先											

（注） 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書の写しを添付すること。

