様式第１号（第４条関係）

本庄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

（あて先）本庄市長

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　申請者　氏　　名

電話番号

　本庄市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、下記のとおり申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、市税に滞納がないことを確認すること及びその他確認等が必要な場合には、医療機関等に市が照会することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　　所 | 本庄市 |
| 氏　　　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 対 象 期 間（うち助成対象日数） | 年　　　月　　　日から年　　　月　　　日まで （　　　日分） |

添付書類

（１）　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の写し

　（２）　その他市長が必要と認める書類

注意事項

申請ができるのは、骨髄等の提供が完了した日から９０日以内です。