

様式第 1 号（第 5 条関係）

駒ヶ根市骨髄バンクドナー補助金交付申請書（ドナー用）

（申請先）駒ヶ根市長

（地域保健課）

駒ヶ根市骨髄バンクドナー補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

また、補助金の申請に当たって、市が必要な情報（住民基本台帳、勤務又は所属先、通院等の状況等）について、当該補助事業の所管職員が確認及び調査することに同意するとともに、他の自治体等が実施する骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていないことを報告します。

1 申請者及び申請内容

申請日	令和 年 月 日		
フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生
氏 名	印		電話番号
住 所	駒ヶ根市		
骨髄等の提供に係る通院 又は医師等と面談をした 日			
骨髄等の提供に係る入院 をした期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日分)		
申請金額	20,000 円 × () 日 = () 円 ※上限 10 日		
所属企業・ 団体等	所在地		
	名 称		
	電話番号		

※複数の事業所に勤務している場合は、1箇所のみ指定をしてください。

2 添付書類

- (1) 日本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) 請求書（様式第 3 号）