

名取市骨髓バンクドナー助成金交付申請書

年 月 日

名取市長 様

申請者 住所
氏名 (続柄 本人)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

(日中連絡がとれる電話番号をご記入ください)

名取市骨髓バンクドナー助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民登録の確認、医療機関等へ聴取することに同意します。

提 供 者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 名取市		
	電話番号	— —		
骨髓提供日 (中止した場合は中止日)		年 月 日		
骨髓等の提供に係 る通院又は医師等 と面談した日 (証明する書類を 添付すること。)	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		
骨髓等の提供に係 る入院期間	年 月 日 から 年 月 日まで (日間)			
申請金額		円		
振 込 先	銀行 信金 信組 農協 本店・支店・出張所		口座番号	
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座名義	(ふりがな)		

【添付書類】
公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供に係る通院等を証する書類



受付者 _____