

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

横芝光町長 様

骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、横芝光町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、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ ----- 氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	電話番号 ( )	
骨髄等提供年月日 (中止の場合は、中止日)	年 月 日		
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日分)		
本町以外からの骨髄移植ドナー支援事業助成金その他これに相当するものの受給の有無	有 無		
同 意 書			
私は、横芝光町骨髄移植ドナー支援事業助成金審査に必要な情報について、町が確認することに同意します。			
申請者 氏名			

添付書類

- 1 公益財団法人日本骨髄バンクの骨髄バンク事業において骨髄等の提供を完了したこと又は最終同意を行った後に提供者の自己都合以外の理由により提供が中止とされたことを証明する書類の写し
- 2 住民票の写し (町長が公簿等により確認することができると認めるときは省略できる。)