

別記

様式第1号（第4条関係）

白子町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

白子町長 様

申請書 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

白子町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、白子町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

フリガナ			
氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所	白子町		
対象期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日分）		
申請金額	円		

2 確認事項

私は、他の地方公共団体から白子町骨髄移植ドナー支援事業助成金に相当する補助金、助成金その他の金銭の交付を受けていないことを誓約します。

3 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を完了したことを証明する書類
- (2) 町内に住所があることを確認できる書類（住民票、運転免許証の写し等）