

様式第 1 号(第 4 条関係)

蟹江町骨髓提供者等助成金交付申請書【骨髓提供者用】

年 月 日

蟹江町長 殿

申請者 住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

印

生年月日

電話番号

蟹江町骨髓提供者等助成事業要綱第 4 条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

【申請内容】

申請額及び申請日数	金 円 (計 日分)
骨 髄 等 の 提 供 日	年 月 日
提供日時点の住所	〒

【確認事項】 にチェックを入れてください。

- 私は審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金等の交付を受けていません。

【添付書類】

(1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を証する書類（通院等の日数が確認できるもの）
その他（ ）