

様式第 1 号(第 5 条関係)

阿蘇市長 様

年度阿蘇市骨髄等移植ドナー支援助成金交付申請書

申請年月日 年 月 日

標記について、次のとおり助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付手続きに必要な範囲で、市が住民基本台帳及び市税の滞納状況を確認し、公益財団法人日本骨髄バンクに個人情報の提供を依頼することに同意します。

【氏名】

申請者 (助成対象者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	〒
	電話番号	
骨髄等の提供 に要した日	① 通院 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日 計 日	
	② 入院 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日 計 日	
	③ 医師との面談 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日 計 日	
交付申請額	金 円	

添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証明する書類(通院等の日数が確認できるもの)
- (2) ドナーに係る休暇等取得証明書(様式第 2 号、ドナーが労働者である場合)