

第1号様式（第4条関係）

開成町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

開成町長 様

住所

申請者 氏名

電話

開成町骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

生 年 月 日	年 月 日
勤 務 先	
対 象 期 間 (うち助成対象日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
骨 髄 提 供 日	年 月 日
申 請 金 額	日間 × 2万円 = 円
同 様 の 助 成 金	<input type="checkbox"/> 交付を受けていない
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に係る通院等の日数を証する書類 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
同意書	
開成町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付のため、申請者の住民登録記載事項に関する調査、町税等の滞納調査及び勤務先等に問い合わせることに同意します。	
申請者氏名 ⑩	