

様式第1号（第4条関係）

大治町骨髓提供者支援補助金交付申請書（骨髓提供者用）

年 月 日

大治町長 殿

(申請者) 住 所
氏 名 印
生年月日
電 話

骨髓提供者支援補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請額	金 円
骨髓等の提供日	年 月 日
提供日時点の住所	
対象期間	通院日（通院した日を記載してください。） (日分) 入院 年 月 日から 年 月 日まで (日分) 入院 年 月 日から 年 月 日まで (日分) 面談日（通院又は入院以外に面談した日があれば記載してください。） (日分) 計 日分

【添付書類】

- (1) 骨髓バンクが発行した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）
- (2) その他 ()

【確認事項】

私は、他の地方公共団体による同様の目的の補助金等の交付を受けていません。
なお、私は、この申請について必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。

氏 名 印