

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付について、昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

氏 名		生 年 月 日
フリガナ		年 月 日
申 請 者	印	（ 歳）
申請者住所	昭島市 電話 （ ）	
対 象 期 間	○ 入院又は通院の初日	年 月 日
	○ 入院又は通院の最終日	年 月 日
	○ 入院又は通院の実日数	日
申 請 額	円	

※ 対象期間は、この申請の骨髓提供に関する入院及び通院について記入してください。

昭島市骨髓移植ドナー支援事業助成金口座振込依頼書

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	普通・当座
口 座 番 号			
口 座 名 義 ※申請者名義のものに 限ります	(フリガナ) (名 義)		

添付書類

- 1 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証明する書類
- 2 その他市長が必要と認める書類

※ 市長が、この申請の内容を確認するため、住民基本台帳の閲覧をすることに同意します。

氏 名 印