

様式第1号（第5関係）

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼実績報告書（ドナー用）

大町市長 殿

年 月 日

申請者 住所
氏名 印
電話

大町市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、交付要件の審査のため、住民登録及び市税等の納付状況について、市が公簿等により確認することに同意します。

ド ナ ー	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所					
	電話番号	*日中に連絡をとることができる電話番号				
	対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日分)				
内 訳		期 日			事 由	
		年 月 日 ~	年 月 日			
		年 月 日 ~	年 月 日			
		年 月 日 ~	年 月 日			
	年 月 日 ~	年 月 日				
年 月 日 ~	年 月 日					
勤務先名称 及び所在地	*複数ある場合は、主たる勤務先1か所					

添付書類 骨髄等提供証明書（骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証する書類）