

森町骨髄移植ドナー支援事業補助金交付申請書 (ドナー用)

年 月 日

森町長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

森町骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年	年 月 日	
ドナー氏名		年月日		
骨髄等提供日における住所	※日中連絡をとることができる電話番号 ()			
骨髄提供日	年	月	日	
申請に係る通院等の対象日及び日数	年 月 日・	年 月 日・	年 月 日	
	年 月 日・	年 月 日	計:	日間
同趣旨の他の補助金等の受給	<input type="checkbox"/> 有 (自治体名等:) ・ <input type="checkbox"/> 無			
申請金額	円			

(注) 該当する項目の□に✓を付してください。

<p>私は、森町骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付に当たり、町から医療機関への入院内容についての照会及び交付金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し交付実績に係る情報を提供することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">(署名又は記名押印)</p>
--

【添付資料】

- 1 完了証明書の写し
- 2 その他町長が必要と認めるもの