東金市骨髄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）

年　　月　　日

（宛先）東金市長

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　東金市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、東金市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請するとともに報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　年 月 日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 東金市 |
| 健康診断又は自己血採血のための通院又は入院 | 年 月 日 ～ 　年 月 日（　日間） |
| 最終同意面談 | 年 月 日 |
| 骨髄等の採取に伴う入院 | 年 月 日 ～ 　年 月 日（　日間） |
| 骨髄バンク又は医療機関が必要と認める通院又は入院 | 年 月 日 ～ 　年 月 日（　日間） |
| 勤務事業所の名称 |  |
| 勤務事業所の所在地 | （電話番号　　　　　　　　　　） |
| 私は、他の地方公共団体により助成金に相当する補助金その他これに類するものの交付を受けていない者であることを誓約します。 |

添付書類

（１）住民票記載事項証明書等の申請者の住所を証明する書類

（２）公益財団法人骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を完了したこと又は中止されたこと及び通院等の日数を証明する書類

（３）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）