南伊豆町骨髄ドナー助成金交付申請書（ドナー用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

南伊豆町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

南伊豆町骨髄ドナー助成金の交付について、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ドナーに  関する事項 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 通院・入院等の期間 | 年　　　月　　　日から  　　年　　　月　　　日まで　（　　　日間） | |
| 交付申請額 | 円 | |
| 添付書類 | (１)骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了又は中止したことを証する書類の写し  (２)骨髄等の提供のために要した通院又は入院等を証する書類 | |

＜確認事項＞

|  |
| --- |
| □　他の制度による骨髄等の提供に係る補助等を受けていないことを  誓約します。  □　町が審査に必要な情報（住民基本台帳、通院等の状況等）を確認することに同意します。  氏名　　　　　　　　　　　㊞ |