

様式第1号（第4条関係）

太良町骨髓等移植ドナー支援助成金交付申請書

年 月 日

太良町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

太良町骨髓等移植ドナー支援助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え下記のとおり申請します。

1 申請内容

申請金額	円	対象日数	日
骨髓等の提供に係る通院 又は医師等との面談日	年 月 日	年 月 日	日
	年 月 日	年 月 日	日
	年 月 日	年 月 日	日
骨髓等の提供に係る入院 期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
骨髓等の提供を完了した日 及びその日の住所	完了日	年 月 日	
	住 所		

2 確認事項

次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となります。確認の上、□にチェックを付けてください。

- 申請時点で太良町に住所を有します。（確認日： _____）
- 審査に必要な情報（町税納付状況等）を確認されることに同意します。
- 他の制度・他の自治体の制度等による同種同類の助成金等の交付を受けていません。

※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する書類
- (2) 骨髓等の提供に係る通院、入院又は面談した日を証する書類

(受理日)
