

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

薩摩川内市長 様

薩摩川内市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 7 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、審査のため住民基本台帳等必要な資料を薩摩川内市の職員が閲覧することを承諾します。

※太枠内をご記入ください。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
申請者氏名					
骨髄等の採取時点の住所					
交付申請額	円 (内訳) 20,000 円 × 計 () 日間				
骨髄等の提供に係る通院日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	() 日間		
骨髄等の提供に係る入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 () 日間				
勤務先	名称等	電話番号 ()			
	骨髄等を提供するための特別休暇制度の有無	(あり ・ なし)			

※交付申請額は、7 日間で 140,000 円が上限です。

(添付書類)

- 1 骨髄バンクが発行する証明書
- 2 その他市長が必要と認める書類