様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

羽村市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

羽　村　市　長　　あて

申請者　　住　　所

フリガナ

氏　　名　　印

生年月日

電話番号

羽村市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、申請に当たり、羽村市が住民記録情報を閲覧することに同意します。

記

交付申請額	円	
対象期間	入　院	年　月　日　～　年　月　日（　日分）
	通　院	年　月　日　～　年　月　日（　日分）
	その他	年　月　日　～　年　月　日（　日分）

添付書類

□　公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類

□　その他市長が必要と認める書類（　　）