

年 月 日

羽村市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

羽 村 市 長 あて

申請者 所在地

名 称

代表者名

電話番号

羽村市骨髓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。

記

交付申請額	円		
フリガナ		生年月日	年 月 日
ドナー氏名			
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

- ☐ ドナーとの雇用関係を証明する書類
- ☐ ドナーが助成金の交付を申請しない場合は、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明する書類
- ☐ その他市長が必要と認める書類（ ）

個人情報の提供に係るドナー同意欄

私が勤務する事業所が、羽村市骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付申請に当たり、私の個人情報を羽村市長に提供することに同意します。

また、羽村市が私の住民記録情報を閲覧することに同意します。

年 月 日

羽 村 市 長 あて

ドナー 氏 名 印

住 所