様式第１号(第４条関係)

美里町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年　　月　　日

美里町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　美里町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、下記のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、医療機関等に町が照会することに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ドナー | 氏名 |  |
| 住　　所 | 美里町 |
| 対 象 期 間 | 　　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　　年　　　月　　　日まで （　　　　　日分） |

添付書類

⑴　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する書類の写し

⑵　その他

※　申請ができるのは、骨髄等の提供が完了した日から起算して９０日以内です。