

様式第 1 号(第 5 条関係)

東御市骨髄バンク ドナー支援事業補助金交付申請書兼実績報告書(ドナー用)

年 月 日

(申請先)東御市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

東御市骨髄バンク ドナー支援事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 申請・実績内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
骨髄等の提供を行った日の住所			
申請金額	円		
骨髄等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
骨髄等の提供に係る入院をした期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		

2 確認事項

- ☐他の自治体等が実施する骨髄等の提供に係る補助金等の交付を受けていません。
- ☐審査に必要な情報(住民基本台帳、市税納付状況、通院状況等)の提供、確認及び調査に同意します。

【市確認欄】

住民情報	☐ 提供が完了した日に東御市民	担当者
課税情報	☐ 市税滞納なし	滞納(無 有) 担当者