

様式第 1 (第 4 条関係)

安城市骨髓提供者等補助金交付申請書兼実績報告書 (ドナー用)

年 月 日

安 城 市 長

申請者 住 所

(フリガナ)

氏 名

㊟

生年月日

年 月 日

電話番号

安城市骨髓提供者等補助金交付要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり申請します。なお、骨髓等の提供日に安城市内に住所を有していること及び他の地方公共団体等による骨髓等の提供に係る補助金等の交付を受けていないことを宣誓します。また、安城市が申請に係る事務を行うに当たり、上記宣誓事項を確認するため住民基本台帳等を閲覧すること及び他の地方公共団体等による骨髓等の提供に係る補助金の交付の状況について他の地方公共団体等に照会することを承諾します。

記

太枠の中をご記入ください。

補助申請額	20,000円×_____日 = _____円		
骨髓等の提供日	年	月	日
提供日時点の住所	安城市		
骨髓等の提供に係る 通院等に要した日 (骨髓等の提供日を 除く。)	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日
			通院・入院・面談
			通院・入院・面談
			通院・入院・面談
			通院・入院・面談
			通院・入院・面談

(添付書類)

公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を証する書類 (補助対象となる通院等の記載があるもの)