様式第１号（第５条関係）

河津町骨髄ドナー助成金交付申請書（ドナー用）

年　　月　　日

　河津町長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

河津町骨髄ドナー助成金の交付について、次のとおり申請します。なお、町がこの申請を審査するために必要な範囲において、住民基本台帳、町税等の納付状況の確認及び医療機関等へ照会することについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 月　　 日生 |
| 氏名 |
| 骨髄等の  提供日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 通院等の  期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  （うち　　日間） | | |
| 申請金額 | 円 | | |
| 他の地方公共団体による同種の助成の有無 | □ 有　　　　　　　□ 無 | | |
| 添付書類 | １　骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了又は中止したことを証する書類の写し  ２　骨髄等の提供のために要した通院又は入院等を証する書類の写し  ３　その他町長が必要と認める書類 | | |