

様式第1号(第5条関係)

川上村骨髓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)川上村長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

川上村骨髓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			
骨髓等の提供を行った日の住所	川上村		
申請金額	円		
骨髓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
骨髓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髓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、村税納付状況、通院状況等)の提供、確認及び調査に同意します。

署名 _____

3 添付書類

- (1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を完了したことを証明する書類
- (2) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供をするために通院等をしたことを証明する書類の写し
- (3) その他村長が必要と認める書類

4 その他(勤務事業所が助成金の申請をする場合に必要になります。)

通院、入院又は面談に要した日のうち、1日に複数の勤務事業所に勤務していた場合は、その勤務日ごとに勤務事業所を1か所指定し、記入してください。

勤務日及び 勤務事業所の名称	
-------------------	--