

様式第1（第4条関係）

知立市骨髓提供者等支援事業補助金交付申請書（骨髓等提供者用）

年 月 日

知立市長様

申請者 住所：

氏名：

電話番号：

知立市骨髓提供者等支援事業補助金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

生 年 月 日	年 月 日
勤務先（事業所名）	
骨 髓 等 提 供 完 了 日	年 月 日
完了日時点の住所	愛知県知立市
対象期間（日数）	年 月 日 ～ 年 月 日（日間）
申請額及び申請日数	金 円（計 日分）

（確認事項）  にチェックを入れて下さい。

- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、他の地方公共団体が実施する同種同類の補助金等の交付を受けていません。

（添付書類）

- (1) 日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証する書類（骨髓等の提供に係る通院等の日数が確認できるもの）
- (2) その他市長が必要と認める書類

