様式第１号（第４条関係）

桶川市骨髄移植ドナー助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

桶川市長

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　㊞

電話番号

桶川市骨髄移植ドナー助成金の交付を受けたいので、桶川市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第４条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容について、桶川市が自ら保有する個人情報を閲覧すること及び必要に応じて公益財団法人日本骨髄バンクへ問合せをすることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和  平成 | 年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  電話　　　（　　　　）  （日中に連絡をとることができる電話番号） | | | |
| 申請金額 | 円 | | | |
| 対象期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　（　　　日分） | | | |

添付書類

１　公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄・末梢血幹細胞の提供が完

了したことを証明する書類（原本）

２　資格確認書その他の健康保険の資格に係る情報を確認できるもの（添付又は提示）