

三島市骨髄移植ドナー支援事業費補助金交付申請書
（事業所用）

（宛先）三島市長

所在地
申請者 事業所名
代表者氏名
電 話

三島市骨髄移植ドナー支援事業費補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

ドナー氏名		ドナーの生年月日	年 月 日
ドナー住所	三島市		
対象期間	骨髄等の提供のための通院等の内容		
	1 健康診断に係る通院		日
	2 自己血採血に係る通院		日
	3 骨髄等の採取に係る入院		日
	4 その他、骨髄バンク又は医療機関が必要と認める通院、入院又は面談。		日
	骨髄バンクが必要と認める通院、入院（計）		日
申請金額	円		

確認事項

- 当該ドナーの当該骨髄等提供について他の地方公共団体から助成金等の交付金を受けていません

添付書類

- 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類
 ドナーとの雇用契約を証する書類

振込先口座	金融機関	銀行 支店 農協 支所 金庫 出張所	
	口座	1.普通 2.当座	口座番号
	口座名義	フリガナ 氏 名	

