

奥多摩町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

奥多摩町長 殿

申請者 住 所 奥多摩町
(フリガナ)
氏 名
生年月日
電話番号

奥多摩町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたく、奥多摩町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請をします。

記

交付申請額	円						
対象期間	通 院	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日分)				
	入 院	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日分)				
	その他	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日分)				

添付書類

- 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類
- その他町長が必要と認める書類
- ・
- ・
- ・