

中野市骨髓バンクドナー助成金交付申請書兼実績報告書（ドナー用）

年 月 日

中野市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電 話 ()

下記のとおり実施したので、中野市骨髓バンクドナー助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

| | | |
|-------------------------|------|----------------------------|
| 提供の目的、内容及び成果 | | |
| 骨髓等の提供に係る通院又は医師等と面談をした日 | | 年 月 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) |
| 助成金申請額 | | 円 |
| 申請額の算出基礎 | | 20,000円 × 日 = 円 |
| 勤務事業所 | 所在地 | |
| | 名称 | |
| | 電話番号 | |

添付書類

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

審査のため必要な情報（住民基本台帳、勤務又は所属先、通院の状況等）を、市が確認及び調査することについて同意します。

氏 名

印