

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者  
住所  
氏名  
電話番号

幸田町骨髄移植ドナー支援助成金交付申請書（ドナー用）

幸田町骨髄移植ドナー支援助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

勤 務 先	
骨 髄 提 供 日	年 月 日
通院等に要した 日数	通院 日 入院 日 その他 日 合計 日
申 請 金 額	日 × 2万円 = 円
同 様 の 助 成	<input type="checkbox"/> 受けていない
同 意 欄	この申請にあたり、助成金の交付のために必要がある場合には、幸田町が、幸田町が保有する私の個人情報について照合し、又は私の勤務先等に問い合わせることに同意します。 <input type="checkbox"/> 幸田町の住民基本台帳に記録されている情報 <input type="checkbox"/> 町税等の納付状況に関する情報 <input type="checkbox"/> 勤務先との雇用関係及び勤務先の休暇制度に関する事項
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）