

様式第1号（第4条関係）

本巢市骨髓移植ドナー等助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

本巢市骨髓移植ドナー等助成金交付要綱第4条第1項の規定により、つぎのとおり交付を申請します。

また、申請の適正性を判断するために必要な場合は、住民に関する記録の照会をすることに同意します。

申請内容

ふりがな		生年	
氏 名		月日	年 月 日
住 所			
申請金額			円
対象期間	年 月 日 から	年 月 日	(日分)

※骨髓等の提供が完了したことを証する書類（写し）を添付すること

振込先（申請者本人の口座に限る）

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 本店・支店・出張所		
ふりがな		預金種目	当座・普通
口座名義人		口座番号	