

鎌ケ谷市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー）

申請日を記入してください。

令和元年 6月 1日

鎌ケ谷市長 あて

押印

申請者 住 所 鎌ケ谷市新鎌ケ谷 2-6-1

氏 名 鎌ケ谷 太郎 印

電話番号 047 (XXX) XXXXX

鎌ケ谷市骨髄移植ドナー支援事業において、骨髄・末梢血幹細胞の提供を完了しましたので、鎌ケ谷市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

ド ナ ー	フリガナ	カマガヤ タロウ	生年月日	昭和 60 年 1 月 2 日
	氏 名	鎌ケ谷 太郎		
	住 所	〒273-XXXX 鎌ケ谷市新鎌ケ谷 2-6-1		
	電話番号	047 (XXX) XXXXX		
対象期間		令和元 年 5 月 1 日から 令和元 年 5 月 7 日 ( 7 日分)		
申請金額		〇〇,〇〇〇円		

2 確認事項

私は、他の地方公共団体による助成金に相当する補助金その他それに類するものの交付を受けていないこと及び国や地方公共団体並びに独立行政法人の職員ではないことを誓約します。あわせて、市・県民税等の課税資料による職種等の調査に同意します。

3 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクの骨髄バンク事業に関する手続きがなされたことを証明する公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書
- (2) 市内に住所を有することが確認できる書類（運転免許証の写し、住民票 等）