

様式第 1 号(第 4 条関係)

愛西市骨髄提供者助成事業補助金交付申請書【提供者用】

年 月 日

(宛先) 愛西市長

申請者 住 所
フリ カノ
氏 名
生年月日
電話番号

愛西市骨髄提供者助成事業補助金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

交付申請額	金 円 (計 日分)
骨髄等の提供日	年 月 日
提供日時点の住所	〒
添付書類	1 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証する書類 (通院等の日数が確認できるもの) 2 その他

【確認事項】 にチェックを入れてください。

- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、国及び他の地方公共団体が実施する骨髄等の提供に係る補助金等の交付を受けていません。