

様式第 1 号（第 5 条関係）

湖西市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

（宛先）湖西市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

湖西市骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏 名			
骨髄等提供日における住所			
通院等の日数	日		
同趣旨の他の補助金等の受給	☐ 有（名称 ）・ ☐ 無		
申請金額	円		

（注）該当する項目の□に✓を付してください。

私は、湖西市骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付に当たり、市長が住民基本台帳の調査を行うことに同意します。
氏名 印
（署名又は記名押印）

【添付資料】

- 1 完了証明書の写し
- 2 その他市長が必要と認めるもの