

様式第2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（事業所用）

年 月 日

(宛先) 湖西市長

所在地

申請者 名 称

代表者氏名

電話番号

湖西市骨髓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
ドナー氏名			
骨髓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)

〔ドナーによる署名又は記名押印〕

【添付資料】

- 1 ドナーが勤務している旨を証する書類
- 2 ドナーの完了証明書の写し
- 3 その他市長が必要と認めるもの