

様式1（第5条関係）

鹿児島市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（提供者用）

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 住 所

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

鹿児島市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条に基づき次のとおり申請し、下記3の事項に同意します。

1 申請内容

交付申請額	円 (内訳) 20,000円 × 計 () 日間					
骨髄等の採取日時点 の住所						
骨髄等の提供に係る 通院日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	() 日間	
骨髄等の提供に係る 入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	年 月 日	年 月 日	() 日間	

※交付申請額は、7日間で140,000円が上限です。

2 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する証明書
- (2) その他市長が必要と認める書類

3 同意確認事項（□にチェックをいれてください）

- ☐ 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の確認及び調査に同意します。
- ☐ 私は、他の自治体等が実施する同様の助成金等の交付を受けていません。