

湯沢町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 湯沢町長

申 請 者
住 所 湯沢町
氏 名
電話番号

次のとおり湯沢町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付を申請します。

1 申請内容

通院等の日数	骨髓等の採取前の健康診断のための通院日数	日
	自己血採血のための通院日数	日
	骨髓等の採取のための入院日数	日
	財団が必要と認める通院又は入院の日数	日
	合計日数	日
骨髓等提供完了年月日		年 月 日
申請額(上記の合計日数×2 万円で限度額 14 万円)		円

2 振込先（申請者本人名義の口座に限ります。）

金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
フリガナ		種 別	普通 ・ 当座					
口座名義		口座番号						

3 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供のための通院又は入院の日数及び骨髓等の提供の完了を証する書類の写し
- (2) その他町長が認める書類