

守口市骨髄バンクドナー助成金事業者申請書

守口市長 殿

守口市骨髄バンクドナー支援事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて、助成金の交付を下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

年 月 日

申 込 者

所 在 地

事業所名

代表者氏名



申込者欄の代表者氏名について、自筆による署名の場合は押印不要です

電話番号

1. 申込内容

ドナー	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		
	骨髄提供日	年 月 日		
申込金額		10,000 円 × () 日間 = () 0,000 円 ※申込金額は、7 日間・70,000 円が上限です。		

2. 確認事項 (必ず確認のうえ、□にレをいれてください。)

- 当該事業所は、国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人及び国立大学法人ではありません。
- 当該事業所は、上記骨髄等の提供について、他の地方公共団体等から本助成金と同目的の補助を受けておらず、今後も受けません。