

様式第1号（第4条関係）

佐渡市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付申請書

年 月 日

佐渡市長

佐渡市骨髄等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、次のとおり申請します。

（申請者）住 所：佐渡市

氏 名：

生年月日： 年 月 日

電話番号：

1 骨髄等の提供に係る通院又は入院の日数及び申請金額

通院日数 日

入院日数 日

合計日数 日

申請金額 円 （1日2万円、限度額14万円）

2 振込先

指定金融機関 銀行・信金・労金 本店  
信組・農協 支店

口座種別 普通・当座

口座番号

ふりがな

口座名義

添付書類

(1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する通院又は入院の日数及び骨髄等の提供の完了を証する書類の写し

(2) その他市長が必要と認める書類