第1号様式（第4条関係）

桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年　　　月　　 日

（宛先）桜井市長

申請者 住所：

氏名：

電話番号：

桜井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 生年月日 | 年 　　　月　　　日（　　　歳） |
| 勤務先 |  |
| 住所  電話番号 | 電話（　　　　　　　　　　　 ） |
| 骨髄提供日 | 年　　　月　　　日 |
| 交付対象期間  （うち助成対象日数） | 年　　　月　　　日～  年　　　月　　　日 （　　　日間） |
| 申請金額 | 日間 × ２万円 ＝ 　　　万円 |
| 同種の助成金 | □ 交付を受けていない |
| 照会同意欄 | 本申請にあたり、助成金の交付に関し必要な事項について、市が保有する個人情報について照会し、また、勤務先に問い合わせることに同意します。  □ 桜井市住民基本台帳の記録に関する事項  □ 勤務先との雇用関係及び勤務先の休暇制度に関する事項 |
| 添付書類 | □ 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類  □ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |