様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

真庭市長　　様

申請者

住所

　　　　氏名　　　　　　　　　印

電話番号

真庭市骨髄バンクドナー支援事業補助金交付申請書(ドナー用)

　真庭市骨髄バンクドナー支援事業補助金交付規程第５条の規定により、次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | 年　　月 　日生 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 通院日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 日分＠ 5,000円  ＝①　　　　円 | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| 入院期間 | 年　　月　　日(入院日)  年　　月　　日(退院日) | | | 日分＠20,000円  ＝②　　　　円 | |
| 申請金額 | ①＋②＝　　　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　(限度額　105,000円) | | | | |

《添付書類》

(１)　公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したこ

とを証明する書類の写し

(２)　健康保険証の写し