

第1号様式（第5条関係）

白河市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

白河市長

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

白河市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ		生年	年 月 日
氏 名		月日	
住 所	〒 電話 ()		
申請金額	円		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで (日分)		

金融機関の名称	銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

注1 申請に当たり、事業の実施を証明する書面（（公財）日本骨髄バンクが発行する証明書等）を添付してください。

注2 申請は、骨髄・末梢血幹細胞の提供が完了してから1年以内に行ってください。