

大和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

大和市長 あて

申請者 住所：
氏名：
電話番号：

大和市骨髄移植ドナー支援事業助成要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
勤 務 先	
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 = 円
同 様 の 助 成 金	<input type="checkbox"/> 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合し、また、勤務先等に問い合わせることに同意します。 <input type="checkbox"/> 大和市住民基本台帳の記録に関する事項 <input type="checkbox"/> 大和市税等の納付状況等に関する事項 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類 <input type="checkbox"/> その他 ()

【市使用欄】

受付番号	No
------	----

公印使用承認
電子公印

- (本人確認書類)
- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他
- ()
- 住基確認(大和市に住民登録があるか) (有 ・ 無)
- 納税確認(滞納 無 ・ 有)
- 勤務先との雇用関係(有 ・ 無)
- 勤務している事業所の骨髄などの提供に伴う休暇制度(無 ・ 有)

担当	係長	課長	次長	部長

受付者
