

様式第1号(第4条第1項関係)

## 瀬戸市骨髓提供者等助成事業助成金交付申請書【提供者用】

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住 所 〒  
(フリガナ)  
氏 名  
生年月日  
電話番号

瀬戸市骨髓提供者等助成事業要綱第4条第1項の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

### 【申請内容】

申請額及び申請日数	金 円	通院 入院 計	日分 日分 日分
骨髓等の提供日	年 月 日		
提供日時点の住所	〒 瀬戸市		
事業所申請の有無	無 ・ 有 ( )		

【確認事項】 にチェックを入れてください。

- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、市税の納付状況、市国民健康保険料の納付状況）の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金等の交付を受けていません。

### 【添付書類】

- (1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を称する書類（通院等の日数が確認できるもの）  
その他 ( )