

年 月 日

日野市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書（勤務事業所等用）

（あて先） 日野市長

申請者 所在地

勤務事業所等名称

代表者氏名

印

電話番号（ ） —

日野市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

勤務事業所等	名 称			
	所 在 地			
ド ナ ー	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
対象期間	年 月 日 から 年 月 日まで（ 日分）			
ドナー同意確認欄 <input checked="" type="checkbox"/> チェックをして ください	<input type="checkbox"/> 下記事項についてドナーに同意を得ました 1. 氏名、住所、生年月日、及び骨髓・末梢血幹細胞提供のための通院等内容の市への提供 2. 住所確認のため市が行う住民基本台帳の閲覧			

- 添付書類…1. ドナーについて公益財団法人日本骨髓バンクの骨髓バンク事業に関する手続きがなされたことを証明する公益財団法人日本骨髓バンクが発行する証明書の写し
 2. ドナーとの雇用関係を証する書類の写し
 3. その他市長が提出を求める書類