

(宛先) 所沢市長

申請者 住 所
氏 名

印

所沢市骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

所沢市骨髓移植ドナー助成金交付要綱第 5 条の規定により次のとおり申請します。

なお、私は、骨髓又は末梢血幹細胞を提供するに当たり、ドナー休暇の対象となっていないことに相違ありません。また、本申請書兼請求書の内容に関し、市が保有する個人情報を閲覧すること、及び本申請の事実確認につき勤務先に照会することに同意します。

フリガナ			生年	昭和		
氏 名			月 日	平成	年 月 日	生
住 所	〒					
	電話 () (日中に連絡をとることができる電話番号)					
申請金額	円					
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで (日分)					
勤務先	名称					
	住所					
	電話 ()					
振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店		
		信用組合・農協		出張所		
	フリガナ		預金種目	当座 普通		
	口座名義人		口座番号			

*添付書類 バンクが発行する骨髓又は末梢血幹細胞の提供が完了したことを証する書類