

様式第1号（第4条関係）

十日町市骨髄等移植ドナー支援事業助成申請書

年 月 日

十日町市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
生年月日  
電話番号

次のとおり十日町市骨髄等移植ドナー支援事業助成を申請します。

1 骨髄等の提供に係る通院又は入院の日数及び申請金額

通院日数	日
入院日数	日
合計日数	日
申請金額	円（1日2万円、限度額14万円）

2 振込先

金融機関名	銀行・農協・労働金庫 本店 信用組合・信用金庫 支店	
フリガナ	口座種別	普通・当座
口座名義人	口座番号	

3 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する通院又は入院の日数を証する書類の写し
- (2) 振込先通帳の写し
- (3) その他市長が必要と認めた書類