

様式第1号（第4条関係）

松川村骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

松川村長 様

申請者 住所

氏名 ㊦

電話番号

松川村骨髓移植ドナー助成金の交付を受けたいので、松川村骨髓移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

助成金申請額 _____ 円

骨髓等の提供のための通院等の内容	通院等の期間	日数
<input type="checkbox"/> 面談，健康診断に係る通院	年 月 日 ～ 年 月 日	日
<input type="checkbox"/> 自己血輸血のための採血又はG-CSF注射に係る通院又は入院	年 月 日 ～ 年 月 日	日
<input type="checkbox"/> 骨髓等の採取に係る入院	年 月 日 ～ 年 月 日	日
<input type="checkbox"/> 骨髓バンクが必要と認める通院，入院又は面接 (内容 _____)	年 月 日 ～ 年 月 日	日

*助成金の日額は2万円，日数は10日を限度とする。

【添付書類】

- (1) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供の完了，通院等の内容及び通院等の期間を証する書類の写し
- (2) その他村長が必要と認める書類