

第1号様式（第4条関係）

鎌ヶ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付申請書（ドナー用）

申請日を記入してください

令和 ×年 ××月 ××日

鎌ヶ谷市長 様

住所 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1

申請者 氏名 鎌ヶ谷 太郎

電話番号 047(×××)××××

鎌ヶ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金を受けたいので、鎌ヶ谷市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

ド ナ ー	フリガナ	カマガヤ タロウ	生年月日	平成××年 ××月 ××日
	氏名	鎌ヶ谷 太郎		
	住所	〒273-×××× 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1		
	電話番号	047(×××)××××		
対象期間	令和×年××月××日から 令和×年××月××日 (7 日分)			
申請金額	×××, ×××円			

2 確認事項

私は、他の地方公共団体による補助金その他これに類するものの交付を受けていないことを誓約します。併せて、市・県民税等の課税資料による職種等の調査に同意します。

3 添付書類

- 公益財団法人日本骨髄バンクの骨髄バンク事業に関する手続がなされたことを証明する公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書
- 市内に住所を有することが確認できる書類（マイナンバーカードの写し、運転免許証の写し、住民票等をいう。）