

宇土市骨髓等移植ドナー支援事業申請書

宇土市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり宇土市骨髓等移植ドナー支援事業による助成を申請します。

フリガナ 氏名	
生年月日	年 月 日
骨髓等採取日 時点での住所	〒
骨髓等採取日	年 月 日
対象期間	入院 年 月 日から 年 月 日（ 日間）
	通院又は面談
	年 月 日 年 月 日
	年 月 日 年 月 日
申請金額	（2万円×_____日＝） 円（上限額20万円）
確認事項	<p>該当する□にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①私は、骨髓等の提供に要した期間中に年次有給休暇又は有給の特別休暇のある事業所に勤務しています。</p> <p><input type="checkbox"/> ②私は、骨髓等の提供に要した期間中に年次有給休暇又は有給の特別休暇のある事業所に勤務していません。</p>
同意確認事項	<p><input type="checkbox"/>にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、宇土市が必要な場合に日本骨髓バンク等関係機関に情報の提供、確認及び調査することに同意します。</p>

添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髓バンクが発行した骨髓ドナー証明書
- (2) 骨髓等移植ドナーに係る有給休暇等取得証明書（様式第2号）（確認事項欄①に該当する場合に限る。）
- (3) その他市長が必要と認める書類