

第1号様式（第4条関係）

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

川崎市 長 へ

申請者 住 所：

ふりがな 氏 名： 印

電話番号：

川崎市骨髄ドナー支援助成金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

生 年 月 日	年 月 日（ 歳）
勤 務 先	
住 所	
電 話 番 号	電 話（ ）
骨 髄 提 供 日	年 月 日
交 付 対 象 期 間 (うち助成対象日数)	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）※7日が上限
申 請 金 額	日間 × 2万円 = 円
同 様 の 助 成 金	<input type="checkbox"/> 交付を受けていない
照 会 同 意 欄	本申請にあたり、助成金の交付に関し必要な事項について、 市が保有する個人情報について照会することに同意します。 <input type="checkbox"/> 川崎市住民基本台帳の記録に関する事項 ※同意いただけない場合は、住民票を添付してください。
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 雇用関係及び休暇制度に関する証明書（第2号様式） ※複数の就労先がある方は、それぞれの就労先での証明が必要です。 <input type="checkbox"/> 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類 <input type="checkbox"/> 請求書（第6号様式） <input type="checkbox"/> その他（ ）