

下妻市長 様

下妻市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

下妻市骨髄移植ドナー助成金の交付を受けたいので、下妻市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	㊟		
住所	〒 — —		
電話番号	— — ※平日の日中に連絡を取ることができる電話番号		
勤務先	(名称) — — (電話番号) — —		

1 助成金の交付申請額及び請求額について

通院等の日数	骨髄等の提供に係る健康診断のための通院日数	日
	自己血貯血のための通院日数	日
	骨髄等の採取のための入院日数	日
	その他骨髄等の提供に関し必要な通院、入院及び面接の日数	日
	合計日数	日
申請額及び請求額（上記の合計日数×2万円） ※1回の骨髄等の提供につき14万円を限度とします。		円

2 振込先口座 ※申請者本人名義の口座に限ります。

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 支所・出張所					
	フリガナ	預金種目	当座・普通						
	口座名義人	口座番号							

- 私は、今回の骨髄等の提供に関し、この助成金以外の助成金を受けていません。
- 私は、勤務先において、骨髄等の提供のために必要な通院、入院等をするための特別有給休暇の取得はしていません。
※上記の特別有給休暇を取得できる方は、助成対象外です。
- 私は、この助成金の交付の審査に際し、市が保有する私の個人情報を閲覧・調査すること及び勤務先等に問い合わせることに同意します。

年 月 日

申請者署名 _____

- 添付書類 1 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を完了したことを証明する書類
- 2 骨髄等の提供に係る通院等に要した日数が確認できる書類

※事務処理欄

公簿	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 年 月 日確認 ㊟	<input type="checkbox"/> 市税滞納（有・無） 年 月 日確認 ㊟
----	--	---