

様式第1号（第4条関係）

袋井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

袋井市長

申請者 住所

氏名

電話

袋井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。また、市長が、袋井市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5条の規定により助成金の交付を決定したときは、次のとおり助成金を請求します。

1 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日
氏名		月日	
住所 (骨髄等の提供 日時点)	〒		
勤務先			
勤務先住所			
骨髄等の提供日	年 月 日		
骨髄等の提供に係 る通院、入院又は 医師等との面談を した日	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
申請日数	日間	申請金額 (請求金額)	円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名	支店						
フリガナ		口座種別	普通・当座						
口座名義		口座番号							

3 同意事項 (注) □内にレ点を記入してください。

- 私は、国、地方公共団体等が実施する骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- 私は、この申請に当たり、私の住民情報、市税の滞納状況及び通院等の状況について市が調査することに同意します。

署名

4 添付書類

- ・骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類の写し
- ・骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談（骨髄等の採取のための手術その他これに関連した医療処置によって生じた健康被害に係るものを除く。）をしたことを証する書類
- ・その他市長が必要と認める書類