

様式第1号（第4条関係）

常滑市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

常 滑 市 長 様

（申請者）住 所 〒

氏 名 印

（生年月日： 年 月 日）

電 話

骨髄移植ドナー助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

この助成金の交付申請に当たり、他の法令等により骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていないことを誓約します。

なお、助成金の交付が決定された場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

1 助成申請額及び申請日数

20,000円× 日 = 円

※申請日数 日分（通院 日、入院 日、その他 日）

2 骨髄等の提供日（ 年 月 日）

3 骨髄等提供日時点の住所（申請時点での住所と異なる場合のみ記入）

（〒 住所 ）

4 助成金の振込先

金融機関名	店名	種目	口座番号	（ふりがな） 口座名義人
銀行 信用金庫 農協		普通 当座		（ ）

5 添付書類

- （1）骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証する書類（通院等の日数が確認できるもの）
- （2）その他市長が必要と認める書類