様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

姶良市長　　　　　　　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　生年月日

　　　　電話番号

姶良市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

　姶良市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

記

１　申請内容

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　円　【内訳】20,000円×（　　）日 |
| 骨髄等の提供が完了した日時点の住所 | □申請時住所と同じ　姶良市 |
| 通院日 | 　　　　　年　　月　　日　・　　　　　年　　月　　日　　　　　年　　月　　日　・　　　　　年　　月　　日　　　　　年　　月　　日　・　　　　　年　　月　　日　　　　　年　　月　　日　　　　　　　計（　　）日間 |
| 入院期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　計（　　）日間 |

※交付申請額の上限：７日間140,000円

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行・金庫　　　　　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　　　　組合・農協　　　　　　　　　　　本所・支所 |
| 預金種別 | 普通・当座・その他（　　　） | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

３　同意確認事項（□にチェックをいれてください。）

* 私は、姶良市長が本申請書の審査に必要な情報（住民基本台帳、税の納付状況等）を確認及び調査することに同意します。

４　添付書類

　(1)　骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証する資料

　(2)　骨髄等の提供に係る通院等の日数を確認できる資料

　(3)　助成金の振込先の口座情報を証明する書類等の写し

　(4)　その他市長が必要とする書類