

年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

始良市骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

始良市骨髓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
骨髓等の提供が完了した日時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請時住所と同じ 始良市
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 組合・農協	本店・支店 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、始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) 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証する資料
- (2) 骨髓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