様式第１号（第５条関係）

骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

　朝来市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　朝来市骨髄等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、関係書類を添えて、下記のとおり助成金の支給を申請します。

　なお、この申請に係る審査のために、市が以下のことを行うことに同意します。

　(1) 住民基本台帳の確認をすること。

　(2) 市税等市の徴収金の納付状況の確認をすること。

　(3) 他の自治体、団体等における同種の助成金の交付の有無を確認すること。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 氏名 |  |
| 骨髄等提供日時点の住所 | 〒 |
| 骨髄等の提供に係る通院又は医師等と面談した日 | 　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| （計　　日間） |
| 骨髄等の提供に係る入院をした期間 | 　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで　（計　　日間） |
| 申請金額 | 　　　　　円 |
| 上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。なお、申請者本人以外の口座には振込みできません。 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀　　行・金庫信用組合・農協 | 本店・支店・出張所本所・支所　　　　 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |

添付書類

(1) 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

(2) 骨髄当の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証する書類

(3) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）