

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 ()