様式第１号（第４条関係）

|  |
| --- |
| 骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書 |
| 年　　月　　日筑西市長　　様（申請者）住所氏名　　　　　　　　　印　補助金の交付を受けたいので、筑西市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要項第４条の規定により、次のとおり申請（請求）します。 |
| フリガナ |  | 職業 | 勤務先（　　　　　　　　） | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 　　　（　　　　）　　　　　　（注）日中に連絡をとることができる電話番号 |
| 日数 | 健康診断のための通院 | 日 |
| 自己血貯血のための通院 | 日 |
| 骨髄等の採取のための入院 | 日 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 日 |
| 計 | 日 |
| 補助金交付申請額及び請求額 | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店等名 |  |
| 種　類 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
| 添付書類 | 骨髄等提供証明書（（公財）日本骨髄バンクの証明書等） |
| 確認事項 | □　この助成金以外に骨髄ドナーに係る助成等を受けず、また、所属する企業等にドナー休暇制度がない等の理由で当該休暇制度の適用を受けられません。□　審査に必要な情報（住民基本台帳）の提供及び調査に同意します。自署　　　　　　　　　　　　　 |

(注１)　振込先は、提供者本人の口座に限ります。

(注２)　ドナー休暇制度の適用がある場合は、助成の対象外です。