

様式第 1 号（第 4 条関係）

うきは市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

うきは市長

申請者 住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

電話番号

うきは市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

1. 申請内容

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
骨髄等の提供を行った日の住所			
申 請 金 額	円		
健康診断のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)
自己血貯血のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)
骨髄等採取のための入院	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)
提供後の健康診断のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)
その他 ()	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)
合 計	年 月 日から	年 月 日まで	(日間)

※申請金額は、対象日数に 2 万円を乗じた金額（上限額 2 0 万円）を記入してください。

2. 請求内容（次の口座への振込を依頼します。）

金融機関名		銀行 農協 信用金庫 信用組合						本・支店 本・支所 出張所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

※提供者本人以外の口座には振込できません。口座番号は右詰めでご記入ください。

3. 同意及び確認事項 ☐にチェック☒を付けてください。

- ☐ 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、市税の納付、入院通院等の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。
- ☐ 私は、他の自治体を実施する骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- ☐ 私は、うきは市暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員、又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。市が必要な場合は、警察に照会することに同意します。

年 月 日

署名 _____

4. 添付資料

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証明する書類（上記「1. 申請内容」に記載された期間における入院、通院等を証明するもの）の原本
- (2) 振込先口座が確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類