

骨髓等提供助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小城市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 助成対象者との続柄 (_____)
 電話番号 (_____)

小城市骨髓等提供助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
 なお、申請するに当たり、小城市住民基本台帳の記録に関する事項その他助成金交付に
 関し必要な事項について、照会・確認することに同意します。

| | | | | |
|---------|----------------|---------------------------------|----------------------|--------------------|
| 助成対象者 | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 生年 月 日 | 年 月 日生 () 歳 |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒 _____ | 電話番号 (_____) |
| 助成対象日数 | 日 | 通院・入院等の期間 | 年 月 日～ 年 月 日まで (日間) | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日まで (日間) | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日まで (日間) | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日まで (日間) | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日まで (日間) | |
| 申請・請求金額 | | 円 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫 農協・組合 | | 本店・支店・本所 支所・出張所 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | (フリガナ) 口座名義 | | | |

次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となりますので、確認の上、
にチェックをお願いします。

- 骨髓バンクが実施する骨髓バンク事業にドナー登録をしている
- 骨髓バンクが実施する骨髓バンク事業において、骨髓等の提供を完了し、これを証明する書類の交付を受けた
- 骨髓等を提供した日及び申請時において、小城市に住所を有する
- 当該骨髓等の提供に対して、他の自治体が発行する同種の助成金等を受けていない

※添付書類

- (1) 骨髓バンクが発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類
- (2) 骨髓等の提供に係る通院、入院又は面談した日を証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

(担当課受理日)