様式第１号（第４条関係）

記入例

骨髄等提供助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

日付は空欄のまま提出してください。

小城市長　様

申請者　住　所　小城市長神田2312番地2

氏　名　小城　花子　（小城）㊞

助成対象者との続（　本人　）

電話番号　（　　）

申請者は提供者になります。

日中連絡が取れる電話番号をお書きください。

小城市骨髄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	☑申請者と同じ	※申請者と同一の場合は記入不要です。	生年月日	昭和〇年　〇月　〇日生（〇〇）歳
	住　所	☑申請者と同じ	〒　　－　　電話番号　（　　） ※申請者と同一の場合は記入不要です。		
助成対象日数	5日 最大7日	通院・入院等の期間	令和5年4月10日～令和5年4月10日まで（1日間） 令和5年4月14日～令和5年4月17日まで（4日間） 年　月　日～　年 年　月　日～　年 年　月　日～　年		
申請・請求金額	2万円×対象日数	100,000　円			
振込先	金融機関名	〇　〇	銀行・金庫 農協・組合	〇　〇	本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	（フリガナ） 口座名義	オギ　ハナコ 小城　花子			

令和5年4月1日以降に実施した分に限ります。

申請者名義の口座を記載して下さい。

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。

- ☑ 骨髄バンクが実施する骨髄バンク事業にドナー登録をしている
- ☑ 骨髄バンクが実施する骨髄バンク事業において、骨髄等の提供を完了し、これを証明する書類の交付を受けた
- ☑ 骨髄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
- ☑ 当該骨髄等の提供に対して、他の自治体が実施する同種の助成金等を受けていない

※添付書類

（１）　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する書類

（２）　骨髄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）