

年 月 日

中央市長 様

中央市骨髓等提供者支援助成金交付申請書兼請求書

中央市骨髓等提供者支援助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 申請者(骨髓等提供者)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		電話番号	()
住 所	中央市		
勤務又は所属先の名称等	名 称 所在地 電話番号 ()		
確 認 事 項	骨髓等提供に係る特別休暇(有給)制度の有無 (有 ・ 無)		

2 骨髓等の提供状況

骨髓等の提供日	年 月 日		
骨髓等の提供に係る医師との面談又は通院をした日 ※1	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	
骨髓等の提供に係る入院をした期間 ※2	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		

3 助成金交付申請額

円	骨髓等の提供状況※1 欄に記載した日数と※2 の欄に記載した期間を合算した日数に 2 万円を乗じて得た額又は 14 万円のいずれか少ない方の額を記載すること。
---	---

4 助成金振込先(指定口座は、申請者名義の口座にしてください。)

金融機関名		本・支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

5 誓約・同意事項(□にチェックを入れてください。)

私(申請者)は、次の事項について誓約及び同意します。 ☐ 他の地方公共団体が実施する提供に係る助成金等の支給を受けていません。 ☐ 本申請において、虚偽の記載をしたときは、助成の決定の全部又は一部を取り消され、既に助成金の交付を受けているときは、その助成金の取消しに係る部分について返還を求められても異議を申し立てません。 ☐ 本申請に伴う審査のために、市が住民基本台帳の閲覧及び市税等の収納状況を確認することに同意します。 ☐ 骨髄等提供に係る特別休暇(有給)制度の有無について、市が必要に応じ、勤務(所属)先に確認することに同意します。 申請者署名
--

6 添付書類

- (1) 公益財団法人日本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) 骨髄等の提供に係る面談、通院又は入院をした日を証する書類
- (3) 健康保険証の写し
- (4) 振込先指定口座の確認できる通帳等の写し