

様式第 1 号（第 3 条関係）

加古川市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

加古川市長 様

加古川市骨髄等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第 3 条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日生		
氏 名		電 話			
現 住 所	〒 加古川市				
骨髄等提供日時 点の住所	〒 加古川市				
骨髄等の提供 に係る通院又は 医師等と面談 した日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	(A)	合計
	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	(計 日間)			日間	※最大 10 日
骨髄等の提供に 係る入院をした 期間	年 月 日から 年 月 日まで	(計 日間)			
交付申請額 及び請求額	円 (20,000 円 × (A))				

2 請求内容（次の口座への振込を依頼します。）

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

※ドナー本人以外の口座には振込できません。

3 添付書類

- (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する書類の写し
- (2) 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証する書類の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

私は、当該補助金交付要綱第 2 条の別表中、「対象外となる者」に該当しないことを誓約します。 また、私は、市が審査に必要な情報を調査・閲覧することに同意します。	
年 月 日	
加古川市長 様	
住所	
名前	