栗東市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

別記　様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

栗東市長　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）

栗東市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、栗東市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条により、次のとおり申請（請求）します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 骨髄等提供日時点での住所 | 〒栗東市 |
| 勤務先 | 　　（電話番号　　　　　　　　） |
| 骨髄等提供日 | 年　　　月　　　日 |
| 対象期間 | 　　　年　 月　 日から　　　年 　月 　日まで（　　日分） |
| 申請・請求額 | 円 |

２　振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　出張所 |
| フリガナ |  | 預金種別 | 普通　　当座 |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

３　添付書類

（１）骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を完了したことを証する書類

（２）骨髄等の提供に係る通院、入院及び面談をした日を証する書類

（３）振込先口座が確認できる書類（通帳の写し等）

誓約及び同意書

（１）私は、他の地方公共団体・企業・団体等が実施する骨髄等の提供に係る奨励金又は助成金の交付を受けていません。

（２）私は所属する企業、団体等において、骨髄等の提供を事由とする同種・同類の奨励金又は助成金（有給休暇の取得を含む。）を受けていません。

（３）私は審査に必要な情報（住民基本台帳、通院の状況、勤務先等）の提供、確認及び調査に同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

注１　申請・請求の額は、骨髄等の提供に係る通院・入院・面談の日数に２万円を乗じた額（上限１４万円）です。

注２　申請・請求は、骨髄等提供日から１年以内に行ってください。