記入見本

様式第1号（第5条関係）

高砂市骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書

令和5年5月10日

高砂市長様

関係書類を添えて、次のとおり骨髓等移植ドナー支援事業助成金を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市から医療機関等に通院の状況等を照会すること。
 市から県に対し市の助成実績に係る情報を提供すること。

申請者	フリガナ	タカサゴ マツコ	生年月日	昭和55年5月5日生						
	氏名	高砂松子	電話	090-0000-0000						
	骨髓等の提供日時点の住所	〒676-8501 高砂市 荒井町千鳥1丁目1番1号		公財日本骨髓バンクが発行した 証明書と一致させてください						
骨髓等の提供に係る 通院又は医師等との 面談をした日	令和4年12月10日	令和5年2月10日	合計							
	令和5年3月1日	令和5年3月20日								
	(計4日間)									
骨髓等の提供に係る 入院をした期間	令和5年4月1日から 令和5年4月4日まで (計4日間)		8日間							
助成金の申請額	¥160,000円 (@20,000円×(A))									
過去の助成実績	過去に県内の他の市町から骨髓等の提供に関し、 同種同類の補助金を受けたことがありますか。			はい・いいえ (自治体名:)						
添付書類 (添付したものに ☒ してください。)	☒ 公益財団法人日本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の写し ☒ 骨髓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 ☒ 振込先が確認できるものの写し									
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 たかさご 信用組合・農協 たかさご		本店・支店 出張所						
	フリガナ	タカサゴ マツコ	預金種目	普通 当座						
	口座名義人 ※申請者に限る。	高砂松子	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
申請受理年月日	年	月	日	(承認・不承認) 決定年月日	年	月	日			
受給者番号										

(注) 二重線以外の枠を記入してください。