

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

年 月 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		生年月日	年 月 日生						
	氏 名		電 話							
	骨髓等の提供 日時点の住所	〒 高砂市							(A)	
骨髓等の提供に係る 通院又は医師等との 面談をした日	年 月 日		年 月 日		合計					
	年 月 日		年 月 日							
	(計 日間)									
骨髓等の提供に係る 入院をした期間	年 月 日から 年 月 日まで (計 日間)		日間							
助成金の申請額		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 本店・支店 信用組合・農協 出張所								
	フリガナ		預金種目		普通 ・ 当座					
	口座名義人 ※申請者に限る。		口座番号							
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。