様式第１号(第４条関係)

年　　月　　日

小美玉市長　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

小美玉市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付申請書兼請求書

　小美玉市骨髄移植ドナー支援事業補助金交付要綱第４条の規定により，小美玉市骨髄移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたく，下記のとおり関係書類を添えて申請します。

1　申請内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 | |
| 氏　　名 |  | 職　　業 |  | |
| 勤 務 先 | 住　所  会社名  勤務先電話番号 | | | |
| 日　　数 | 健康診断 | | | 日 |
| 自己血貯血 | | | 日 |
| 骨髄等の採取 | | | 日 |
| 骨髄等の提供に関する説明，同意等の確認のための面接 | | | 日 |
| その他骨髄バンクが必要と認める通院，入院及び面接 | | | 日 |
| 合　　　計 | | | 日 |
| 申請金額 | 円 | | | |

2　振込先(提供者本人の口座に限ります。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行・信用金庫 本店  信用組合・農業協同組合　　　　　　 支店 | | |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義 |  | | |

※添付書類

①　(公財)日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供をしたことを証明する書類(上記1「申請内容」の対象項目欄に記載された期間の入院，通院等を証明するもの)の原本

②　その他市長が必要と認める書類

3　確認事項(以下の□にレを入れてください)

□　私は，この補助金以外に骨髄ドナーに係る補助金又は助成金を受けておらず，私の所属する企業・団体等に骨髄ドナーに対する休暇(休業)制度はありません。

□　私は，市が保有する個人情報を閲覧及び調査すること及び勤務先等に問い合わせることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞