様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

枕崎市長　殿

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

枕崎市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

枕崎市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条に基づき下記のとおり申請します。

また、枕崎市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第６条第１項の規定により助成金の額が確定した場合は、本申請をもって下記の額を交付されたく請求します。

記

１　申請内容

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 円  （内訳）20,000円×計（　　　）日間 |
| 骨髄等の採取日時点の住所 | 枕崎市 |
| 骨髄等の提供に係る通院日 | 年　　月　　日　　　　年　　月　　日  　　年　　月　　日　　　　年　　月　　日（　　　）日間  　　　年　　月　　日　　　　年　　月　　日 |
| 骨髄等の提供に係る入院期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　　）日間 |

※交付申請額は、７日間で140,000円が上限額です。

２　振込先（申請者本人名義の口座をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振  込  先 | 金融機関名 | 銀行　金庫　　　　　　　　　本店　出張所  農協　組合　　　　　　　　　支店　代理店 | | |
| 口座の種類 | 普通・当座・（　　　　） | 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義 |  | | |
|  | | |

３　同意確認事項（□にチェックをいれてください。）

□　私は、枕崎市長が本申請書の審査に必要な情報（住民基本台帳、税の納付状況等）を確認及び調査することに同意します。

４　添付書類

⑴　骨髄バンクが発行する骨髄等提供の証明書

⑵　助成金の振込先の口座情報を証明する書類等の写し

⑶　その他市長が必要と認める書類