様式第１号

摂津市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（助成対象ドナー用）

年　　月　　日

摂津市長　様

申請者 　　住　　所

　（請求者）　　氏　　名

生年月日

電話番号

骨髄移植ドナー助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された骨髄移植ドナー助成金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 骨髄等の提供に係る通院等に要した日 | ア　健康診断のための通院、入院又は面談 | 　年　 月　 日～　 　年 　月 　日 | 日間 |
| イ　自己血貯血のための通院、入院又は面談 | 年　 月　 日～　 　年 　月 　日 | 日間 |
| ウ　骨髄等の採取のための通院、入院又は面談 | 年　 月　 日～　 　年 　月 　日 | 日間 |
| エ　その他市長が必要と認める通院、入院又は面談 | 年　 月　 日～　 　年 　月 　日 | 日間 |
| 合計 | 日間　　　　　　　 |
| 骨髄等提供日 | 年　　　月　　　日 |
| 交付申請額※交付申請額は７日間・１４０，０００円が上限 | ２０，０００円×　　日間＝　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　信用組合　　　　　　　　　　　　　支店農業協同組合 |
| 口座の種類 | 当　座　　・　　普　通 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義※申請者と同一 |  |

【確認事項（必ず確認の上、□にレ印を入れてください）】

　□　私は、上記骨髄等の提供について、国又は他の地方公共団体等から本助成金と同趣旨の助成、補助等を受けておらず、今後も受けません。