

記入上の注意

- 黒インクペンまたはボールペンで記入してください。消えるボールペンや鉛筆は使用しないでください。
- 訂正する場合は、間違った箇所に二重線を引き、申請者の印鑑と同じハンコで訂正印を押して書き直してください。修正液、修正テープは使用しないでください。

記入例

提出日を記入
※申請期限は骨髄採取日から90日以内

様式第1号（第4条関係）

（申請日）令和〇年 〇月 〇日

（宛先）大月市長

大月市骨髄等移植ドナー推進事業助成金交付申請書兼請求書

大月市骨髄等移植ドナー助成金の交付について、大月市骨髄等移植ドナー推進事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

1.申請内容

ふりがな	おおつき たろう		
氏名	大月 太郎	生年月日	〇年 〇月 〇日
骨髄等採取日 時点の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大月市大月〇-〇-〇		
現住所	*骨髄等採取日時点の住所と異なる場合のみ記入してください 〒		
電話番号	***-****-****		
骨髄等採取日	令和〇年	〇月	〇日
対象期間	年 月 日	～	年 月 日（うち対象

印鑑が必要です

採取日に大月市の住民であることが申請の条件です

日中連絡が取れる電話番号を記入

(1)の添付書類
日本骨髄バンクが発行した証明書に記載の採取日を記入

(2)の添付書類
日本骨髄バンクが発行した証明書に記載の面談、入院、通院の期間の始めと終わりの日付を記入

2.振込先（申請者の口座）

金融機関	〇〇〇	銀行・信用金庫・信用組合	農協
支店名	〇〇〇	支店	本店
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	フリガナ オオツキ タロウ 大月 太郎		

申請者ご本人の口座情報を記入

3.申請金額（請求金額）

申請金額 （請求金額）	140,000	円（20,000円×7日）
----------------	---------	---------------

7日分が上限

4.確認事項・同意事項

私の勤務先にドナー休暇（休業）制度はありません。

他の法令等により骨髄等の提供に係る助成金等の支給を受けていません。

市税の滞納はありません。私の市税の納付状況について、担当職員が市の関係課に
ことに同意します。

20,000円×7日分の合計金額を記入

該当する場合は✓を記入してください
すべてに該当することが申請の条件です

5.添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の採取が完了したことを証明する書類
- (2) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談した日を証明する書類
- (3) 助成金の振込先口座の通帳など（カナ名義及び口座番号を確認できるもの）の写し
- (4) 本人確認書類の写し