

（申請日） 年 月 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		生年月日	年 月 日
氏 名	印		
骨髄等採取日 時点の住所	〒		
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	年 月 日		
対象期間	年 月 日 ～ 年 月 日（うち対象 日分）		

2.振込先（申請者の口座）

金融機関	銀行・信用金庫・信用組合・農協		
支店名	支店 ・ 本店		
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

3.申請金額（請求金額）

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

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照会することに同意します。

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