

様式第1号（第4条関係）

岩出市骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

岩出市長 様

（申請者）住 所：岩出市 _____

氏 名： _____

電話番号： _____（ ） _____

岩出市骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

また、市が審査に必要な情報（住民基本台帳、市税等納付状況、通院等の状況等）の閲覧、確認及び調査することに同意します。

申 請 金 額		円									
骨髓等を提供した日		年 月 日									
対 象 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 計 日分 ※公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことの証明書に記載されている期間を記入してください。									
振 込 口 座	金 融 機 関 名					支 店 名					
	銀行・信金 農協・その他					本店・支店 出張所・支所					
	預金種目	普通・当座・その他（ ） (いずれかに○印)				口座番号					
	口座名義人 (申請者本人)	フリガナ	姓と名の間を1マス空けて左詰めでご記入ください。カタカナで濁点(゜)、半濁点(゜)も1文字としてご記入ください。								
漢字											

【添付書類】

- 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類
- 骨髓等の提供に係る通院等の日数が確認できる書類