様式第1号

旭川市骨髄等ドナー助成金交付申請書兼請求書

　　　　　年　　月　　日

旭川市長　　~~様~~

申請者　住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　旭川市骨髄等ドナー助成金交付要綱４の規定により、旭川市骨髄等ドナー助成金を受けたく次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 骨髄等の提供を行った日の住所 | 〒 | | |
| 骨髄等提供完了日又は中止日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 骨髄等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間）  　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 骨髄等の提供に  係る入院をした期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 申 請 金 額 | 円 | | |

２　振込先（申請者本人名義の銀行口座をご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協 | | |
| 支店名 | 本店・支店・支所・出張所 | | |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | 口座番号（７桁） |  |

３　確認事項（該当する場合は□にチェックをいれてください。）

　□骨髄等の提供に関する他の助成金等を受けていません。

４　添付書類

①日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したこと、または骨髄等の提供に関する最終同意書に署名を行ったことを証明する書類の写し

②上記１申請内容の対象期間欄に記載された期間に通院等を証明するものの写し

③振込先口座が確認できる書類（通帳の写し等）

④住民票の写し