

那珂市骨髓ドナー助成金交付申請書

年 月 日

那珂市長 様

申請者 住所
氏名

印

那珂市骨髓ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、那珂市骨髓ドナー助成金を受けたく下記のとおり申請します。

記

| | | | |
|------|--|------|--------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名 | | 勤務先 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | — — ※日中に連絡を取ることができる電話番号 | | |
| 日数 | 1 健康診断 | | 日 |
| | 2 自己血貯血 | | 日 |
| | 3 骨髓等の採取 | | 日 |
| | 4 1～3に掲げるもののほか骨髓等の提供に関し、日本骨髓バンク又は医療機関が必要と認めるもの | | 日 |
| | 合計 | | 日 |
| 申請金額 | 円 | | |

交付決定された助成金については、次の口座に振り込んでください。

| | | | |
|-------|--|------|-------|
| 金融機関名 | | 支店等名 | |
| フリガナ | | 預金種目 | 当座・普通 |
| 口座名義人 | | 口座番号 | |

※ 振込先は、提供者本人の口座に限ります。

※ 添付書類 事業の実施を証明する書類（日本骨髓バンクの証明書）

確認事項

私は、この助成金以外に骨髓ドナーに係る補助金又は助成金を受けておらず、私の所属する企業・団体等に骨髓ドナーに対する休暇（休業）制度はありません。

※ドナー特別休暇制度やボランティア休暇制度等の運用がある場合は、助成の対象外です（当該制度の適用を受けることができない場合を除く。）。

私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

自署 _____