那珂市骨髄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 ㊞

那珂市骨髄ドナー助成金交付要綱第４条の規定により、那珂市骨髄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　骨髄等の採取 | 日 |
| ４　１～３に掲げるもののほか骨髄等の提供に関し、日本骨髄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（日本骨髄バンクの証明書）

　確認事項

私は、この助成金以外に骨髄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・団体等に骨髄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