様式第１号（第６条関係）

白石市骨髄バンクドナー助成金交付申請書

　　年　　月　　日

（あて先）白石市長

申請者　住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

（＊日中に連絡をとることができる電話番号を記載してください）

白石市補助金等交付規則第５条及び白石市骨髄バンクドナー助成金交付要綱第６条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | |
| １．氏　　名 |  | | | 年　　　月　　　日生 | |
| ２．骨髄等提供日の住所  （中止した場合は中止日の　　住所） | 〒  白石市 | | | | |
| ３．申請金額 |  | | | | 円 |
| ４．骨髄提供日  （中止した場合は中止日） | 年　　　月　　　日 | | | | |
| ５．骨髄等の提供に係る  通院又は医師等と面談した日  （証明する書類を添付すること。） | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| ６．骨髄等の提供に係る  入院期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（　　日間） | | | | |
| ７．申請要件の適合に関する誓約  （□にチェック☑を付けてください。） |  | ①他の法令等による同種同類の助成金等の交付を受けていません。 | | | |
|  | ②暴力団等との関係を有していないことを誓約します。なお、説明を求められた際には誠実に対応いたします。 | | | |

【添付書類】

（１）公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類

白石市骨髄バンクドナー助成金交付請求書

　　　　　　年　　月　　日

　（あて先）白石市長

申請者　住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

（＊日中に連絡をとることができる電話番号を記載してください）

年　　月　　日付け白石市指令第　　　号で交付決定の通知がありました標記の助成金について、骨髄バンクドナー助成金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | | 金 | |  | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | | | | 銀行・信用金庫  信用組合・農協 | | | | | |  | | | | | 本店・支店  出張所 | | | |
| 預金種目 | 普通　　　　 当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | No. |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| ゆうちょ銀行の場合 | 店　名 | | | | | 番　号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  |
| 預金種目 | | | | | 普通 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 口座名義人は、申請者と同一であることを原則とします。

【添付書類】

・振込先口座の通帳写し（金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人がわかるもの）