草津市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

別記

様式第１号（第４条第１項関係）

年　　月　　日

草津市長　宛

（申請者）　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　　）

　草津市骨髄等移植ドナー助成金の交付について、草津市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第４条の

規定により、次のとおり申請（請求）します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  |
| 勤　務　先 | （電話番号　　　　　　　　　　　） | | |
| 骨髄等提供日  時点での住所 | 〒  草津市 | | |
| 骨髄提供日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 対象期間 | 年　 月　 日から　　年　　月 　日まで（うち対象　　日分） | | |
| 申請(請求)金額 | 円 | | |

２　振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協　　　　　　　　本　店  　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　支　店  信用組合　　　　　　　　　出張所 | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

３　添付書類

（１）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

（２）骨髄等の提供に係る通院、入院および面談をした日を証する書類

（３）健康保険被保険者証の写し

誓約及び同意書

私は、私の所属する企業、団体等には骨髄等の提供に係る助成金の交付を受けていないこと

を宣誓します。

また、私は審査に必要な情報（住民基本台帳、通院の状況、勤務先等）の提供、確認および調

査に同意します。

　　年　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

注１　申請（請求）は、骨髄等の提供に係る通院・入院・面談の日数に２万円を乗じた額（上限１４万円）です。

注２　助成は骨髄等の提供に伴う経済的負担の軽減を目的としており、その他提供の最に不随して発生した経費を補てんするものではありません。

注３　申請（請求）は、骨髄等提供日から１年以内に行ってください。