

別記

様式第1号（第4条第1項関係）

草津市骨髓等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

草津市長 宛

（申請者）住 所

氏 名

印

電 話

（ ）

草津市骨髓等移植ドナー助成金の交付について、草津市骨髓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 ）		
骨髓等提供日時点での住所	〒 草津市		
骨髓提供日	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 信用金庫 信用組合			本店 支店 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） 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類
- （2） 骨髓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） 本人確認書類の写し（個人番号カードや運転免許証等の顔写真のあるものなら1点、資格確認書や介護保険の被保険者証等の顔写真のないものなら2点）
- （4） 振込希望先金融機関の口座番号等が確認できる書類

誓約および同意書

私は、私の所属する企業、団体等には骨髓等の提供に係る助成金等の交付を受けていないことを誓約します。
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、骨髓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 助成金・骨髓等の提供に伴う経済的負担の軽減を目的としており、その他提供の際に付随して発生した経費等を補てんするものではありません。

注3 申請（請求）は、骨髓等提供日から1年以内に行ってください。