第1号様式（第4条関係）

須賀川市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

須賀川市長

申請者　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　電話番号

須賀川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、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 生　年　月　日 |
| １．氏　　名 |  | 年　 　月　 日生 |
| ２．住　　所  （骨髄等提供日時点） | 〒  電話　　　　　　　　（　　　　　　　　） | |
| ３．申請金額 | 円 | |
| ４．骨髄等提供日 | 年　　　月　　　日 | |
| ５．骨髄等の提供に係る通院又は面接した日  （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。） | □　私は、今回の申請に係る骨髄等の提供について、他の助成金等を受け、又は申請中ではありません。  □　私は、須賀川市暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。 | |

　須賀川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、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．請求金額 | 円 | | |
| ２．振込先 | 金融機関の名称 | 銀行  信用金庫  農協 | 本店  支店  営業部 |
| 預金の種類 | １ 普通　　　２ 当座 | |
| 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義人 |  | |

注１　申請は、骨髄等の提供が完了してから90日以内に行ってください。

注２　骨髄等の提供にかかわる関係機関（骨髄バンク、骨髄等の面接、採取等を行った医療機関等）に対して、必要な範囲において照会・確認をさせていただく場合があります。

【添付書類】

(1)　骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証する書類

(2)　骨髄等の提供に係る通院、入院又は面接した期間を証する書類

(3)　市税を滞納していないことを証明する書類

(4)　雇用関係等証明書（第2号様式・雇用されている方）又は休業に係る申立書（第3号様式・自営業の方）