

吉野ヶ里町骨髓等移植支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

吉野ヶ里町長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

吉野ヶ里町骨髓等移植支援事業助成金の交付を受けたいので、吉野ヶ里町骨髓等移植事業実施要綱第4条の規定により下記のとおり申請します。また、交付決定があった場合には、助成金を指定の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

1. 申請内容（下記の内容について、チェック欄があるものは該当するものに☑をつけてください）

① 申請金額	円（対象日数 日）		※1日につき20,000円 上限7日
② 骨髓等の提供に係る通院または医師との面談日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
③ 骨髓等の採取に係る入院期間	年 月 日から	年 月 日まで（ 日間）	
	年 月 日から	年 月 日まで（ 日間）	
	年 月 日から	年 月 日まで（ 日間）	
④ 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	他の法令等による同種同類の助成金等の助成並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いいえの場合は助成事業名を以下に記入) []
⑤ 骨髓等の提供を完了した日及びその日の住所	完了日	年 月 日	
	住所		
⑥ 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 住民票〔 実施日 に在住〕（下記照会の同意をされた場合は省略することができます） ※吉野ヶ里町住民基本台帳の記録に関する事項を照会することに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	<input type="checkbox"/> 公益財団法人日本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 <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に係る通院または入院した日を証する書類 ※ 助成を行うにあたり、医療機関等へ内容に関するについて照会・確認することがあります。（同意がない場合、助成できないことがあります。） 照会・確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

2. 請求内容（次の口座への振込みを依頼します。） ※申請者本人以外の口座に振り込みできません。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫・組合	本店 支店	口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通 2. 当座
	口座番号	(フリガナ)	口座名義		