

須崎市骨髄移植促進事業費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

須崎市長 様

住所
申請者 氏名
電話 ()

須崎市骨髄移植促進事業費補助金の交付を受けたいので、須崎市骨髄移植促進事業費補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、須崎市暴力団排除条例第2条第1号及び同条第2号のいずれかに該当しないことを誓約します。

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)		
骨髄等を提供した日における住所	〒 須崎市		
対象期間	年 月 日から 年 月 日 (うち対象 日分)		
骨髄等を提供した日	年 月 日	申請金額	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		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			

3 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証明する書類（上記「1 申請内容」の対象期間欄に記載された期間における入院、通院等を証明するもの）の原本
- (2) 振込先口座が確認できる書類（通帳の写し等）
- (3) 本人確認ができる書類（運転免許証、健康保険証の写し等）

私は、私の所属する企業・団体等にはドナー休暇制度等がないこと及び他の法令等により骨髄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、須崎市が保有する個人情報を読覧・調査すること及び勤務先等に問い合わせることに同意します。

年 月 日 氏名 印