

様式第1号（第5条関係）

洲本市骨髓等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

洲本市長

様

(申請者) 住 所

氏 名

対象者との続柄 (※)

電話番号

(※) 対象者が未成年者又は成年被後見人の場合は、その法定代理人が申請してください。

洲本市骨髓等移植ドナー助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請（請求）します。

1 申請内容

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者氏名			
骨髓等の提供日時 時点の住所	〒		
骨髓等の提供に係る 通院又は医師等と面談した日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	計 _____ 日間		
骨髓等の提供に係る 入院をした期間	年 月 日から		
	年 月 日まで	計 _____ 日間	
交付申請額 及び請求額	円		

2 振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協						本店・支店 出張所
	預貯金種別	普通・当座	口座番号					※左詰めで記入
	ふりがな							
	口座名義人							

3 確認事項

- 対象者及びその法定代理人は、他の地方公共団体が実施する骨髓等の提供に係る助成を受けていないことを表明し、及び保証します。
- 助成金の交付、返還その他骨髓等移植ドナー助成事業の実施に必要な対象者及びその法定代理人の情報の提供、確認及び調査が行われることに同意します。

署名（自署）

