

鹿屋市長 様

（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

鹿屋市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

鹿屋市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。
なお、助成金の交付に当たり、住民基本台帳その他の公簿等の閲覧及び関係機関への照会を行うことに同意します。

フリガナ				生 年 月 日	
氏 名		☐ 申請者と同じ		年 月 日	
住 所		〒 _____ ☐ 申請者と同じ			
交付申請額 (7日間で140,000円が上限)		円 (内訳) 20,000円 × 計 () 日間			
骨髄等の提供に係る 通院日		年 月 日 年 月 日			
		年 月 日 年 月 日			
		年 月 日 年 月 日			
		年 月 日 計 () 日間			
骨髄等の提供に係る 入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日 () 日間			
勤務先	所 在 地				
	事 業 所 名	電話番号 ()			
	骨髄等を提供するための 特別休暇制度の有無	(あり ・ なし)			
振 込 先		銀行・農業協同組合		本店	
		信用金庫・ ()		支店	
		種 別	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	
		普通・当座			

【添付書類】

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等提供の証明書（入院日数及び通院日数が記載されているもの）
- (2) 助成金の振込先の口座情報を確認できる書類等の写し
- (3) ドナー申請者本人を確認する書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード等）
- (4) その他市長が必要と認める書類