

年 月 日

筑後市長 様

申請者 住 所  
氏 名 印  
電話番号

筑後市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

筑後市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

ふりがな		生年月日	年 月 日			
氏 名			( 歳)			
申請金額	円					
健康診断のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	( 日間)			
自己採血のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	( 日間)			
骨髄等の採取のための入院	年 月 日から	年 月 日まで	( 日間)			
提供後の健康診断のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	( 日間)			
その他 ( )	年 月 日から	年 月 日まで	( 日間)			
合 計	年 月 日から	年 月 日まで	( 日間)			

2 振込先

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所		
	フリガナ	預金種目	普通 当座				
	口座名義人	口座番号					

3 確認事項

- 私は、他の自治体を実施する骨髄等の提供に係る補助金等の交付を受けていません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、市税等の納付・通院等の状況、ドナー休暇制度の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、虚偽の申請等が発覚した場合は、助成金の返還等、筑後市の指示に従います。

署名 \_\_\_\_\_

4 添付資料

- (1) 公益財団法人日本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) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に係る通院等をしたことを証する書類
- (3) 税の滞納のない証明書
- (4) その他 ( )