様式第１号（第５条関係）

名取市骨髄バンクドナー助成金交付申請書

年　　月　　日

名取市長　様

申請者　住所

氏名　 　　　 　　　　　（続柄　本人）

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

 　　　　　電話番号

（日中連絡がとれる電話番号をご記入ください）

|  |
| --- |
| 名取市骨髄バンクドナー助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民登録の確認、医療機関等へ聴取することに同意します。 |
| 提　供　者 | （ふりがな）氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒名取市 |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| 骨髄提供日（中止した場合は中止日） | 年　　　月　　　日 |
| 骨髄等の提供に係る通院又は医師等と面談した日（証明する書類を添付すること。） | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 骨髄等の提供に係る入院期間 | 年　　　月　　　日　から　　　年　　月　　日まで（　　　日間） |
| **申請金額** | **円** |
| 振 込 先 | 銀行 信金 信組 農協本店・ 支店・出張所 | 口座番号 |  |
| 預金種別 | 普通　 ・　 当座 |
| 口座名義 | （ふりがな） |
|  |

【添付書類】

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

通院等を証する書類

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者