

第1号様式（第4条関係）

千歳市骨髄ドナー助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

千歳市長 様

申請者 氏 名 (印)

住 所

電話番号 — —

千歳市骨髄ドナー助成金の交付を次のとおり申請（請求）します。

(①～②を確認の上、□にチェックしてください。)

<input type="checkbox"/>	①私は、本助成金と同様の趣旨の他助成金の交付等を受けていません。
<input type="checkbox"/>	②私は、審査に必要な情報を、市が閲覧又は調査することに同意します。

1 申請内容

氏 名		生年月日	
骨髄等の提供日 (中止の場合は最終同意日)の住所	〒 — 千歳市		
骨髄等の提供日 (中止の場合は最終同意日)	年 月 日	申請金額	円 (日間×10,000円) ※100,000円上限

2 振込先口座情報

金融機関名	銀行・金庫 本店・支店 組合・農協 () ()		
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人(カナ)			

※申請者本人名義の口座を記入してください。

3 添付書類

- 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（最終同意後に骨髄等の提供が中止となった場合は最終同意をしたこと）を証明する書類
- 日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証明する書類
- 申請者の本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証等）
- 振込先口座の通帳等の写し
- その他市長が必要と認める書類

担当者 記載欄	決 裁	課長	係長	係	決定年月日
					年 月 日
1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり交付する。交付額					円
2 次の内容により、上記申請を却下する。理由：					

面談・通院・入院日確認欄

対象年月	通院・入院・面談日															日数																
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
															合計																	