別記

様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

多治見市長

申請者　住所

 　　　　　　　氏名　　　　　 　　　　　　　　　　㊞

電話

多治見市骨髄等ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

　多治見市骨髄等ドナー支援事業助成金交付要綱第４条第１項に基づき、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

　また、助成金の交付の決定があったときには、次のとおり助成金の交付を請求します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 年 　　月　 　日 |
| 氏　　　 名 |  |
| 骨髄等の提供が完了した日の住所 | 〒 |
| 骨髄等の提供が完了した日 | 年　 　月 　　日 | 申請金額 | 円 |
| 通院等期間 | 　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで（うち助成金の対象となる日：　　　日分） |

２　添付書類（□にチェックをしてください。）

　　□日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供の証明書

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　振込先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※口座名義人は請求者本人に限ります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関名 |  | 銀行　　信用金庫信用組合　農業協同組合 |  | 本店　支店出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

４　確認事項（内容をご確認の上、□にチェックをしてください。）

□当助成金の交付対象である旨を確認するため、市長が住民基本台帳及び市税等の滞納の有無について確認することに同意します。

□今回の骨髄等の提供に関し、本市以外の地方公共団体、民間の団体等から同種の助成金を受け取っていません。