

羽曳野市骨髓バンク ドナー支援助成金交付申請書兼請求書

記入例

羽曳野市長 様

下記のとおり、骨髓バンクドナー支援助成金の交付を受けたいので申請及び請求します。

申請者とドナー（対象者）、振込の口座名義人は同一にしてください。ドナーの口座にしか振込できません。

申請日

令和 7 年 5 月 20 日

住所 羽曳野市 菅田4-1-1

氏名 白鳥 花子

電話 080-0000-XXXX

書類の不備があればかけることがありますので、できましたら携帯番号を書いてください。

|                   |                         |                                                                                                           |                          |             |
|-------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| 対象者               | フリガナ                    | シラトリ ハナコ                                                                                                  |                          |             |
|                   | 氏名                      | 白鳥 花子                                                                                                     |                          |             |
| 申請内容              | 骨髄等提供日時点の住所<br>(☑印又は記入) | <input checked="" type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と異なる（以下に記入）<br>羽曳野市 |                          |             |
|                   | 骨髄提供日                   | 〇〇年 4 月 27 日                                                                                              |                          |             |
| 骨髄等の提供に係る通院等に要した日 | (1) 健康診断に係るもの           | 〇〇年 4 月 1 日から 〇〇年 5 月 20 日まで                                                                              |                          | 2 日間        |
|                   | (2) 自己血貯血に係るもの          | 〇〇年 4 月 9 日から 〇〇年 4 月 9 日まで                                                                               |                          | 1 日間        |
|                   | (3) 骨髄等の採取に係るもの         | 〇〇年 4 月 26 日から 〇〇年 4 月 28 日まで                                                                             |                          | 3 日間        |
|                   | (4) 骨髄バンク又は医療機関         | 〇〇年 4 月 20 日から 〇〇年 4 月 20 日まで                                                                             |                          | 1 日間        |
|                   | もし合計が8日以上でも、上限は7日です。    |                                                                                                           | 7 日間                     |             |
| 申請・請求額            |                         | 20,000 円 × 7 日間 = 140,000 円<br>※申請・請求額は7日間、140,000円が上限です。                                                 |                          |             |
| 振込先金融機関           | △△                      |                                                                                                           | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | ××          |
|                   | 普通・当座・貯蓄                | 口座番号                                                                                                      | 1                        | 2 3 4 5 6 7 |
|                   | 口座名義人                   |                                                                                                           | (カタカナで記入) シラトリ ハナコ       |             |

※申請者（ドナー本人）以外の口座には

カタカナでお願いします。  
ドナー本人の口座以外には振込できません。

対象者が確認の上☑してください。

- ☒ 助成金の交付要件の該当性を審査するため、市長が必要な住民基本台帳情報の確認を行うことに同意します。
- ☒ 通院等の状況等審査に必要な情報の提供、確認及び調査に同意します。
- ☒ 同一の骨髄等の提供について、国、他の地方公共団体又はこれに準ずる団体からの助成等を受けておらず、今後も受けません。
- ☒ 偽りその他不正な手段で助成金の交付を受けたとき、又は市長が不適当と認めた場合は交付された助成金を羽曳野市に返還します。
- ☒ 暴力団員又は暴力団密接関係者ではありません。

☑を忘れないようにしてください。

ドナー氏名（自署）

白鳥 花子

※以下は、記入しないで下さい

ここは記入しないでください。