

別記様式（第4条関係）

羽曳野市骨髄バンク ドナー支援助成金交付申請書兼請求書

羽曳野市長 様

下記のとおり、骨髄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。

申請日 年 月 日

住所 羽曳野市

申請者 氏名 印

電話

対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日	
	氏名			年	月	日	
	骨髄等提供日時点の住所 ( <input checked="" type="checkbox"/> 印又は記入)	<input type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と異なる (以下に記入) 羽曳野市					
申請内容	骨髄等提供日	年 月 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	年	月	日から	年 月 日まで	日間
		(2) 自己血貯血に係るもの	年	月	日から	年 月 日まで	日間
		(3) 骨髄等の採取に係るもの	年	月	日から	年 月 日まで	日間
		(4) 骨髄バンク又は医療機関が必要と認めるもの	年	月	日から	年 月 日まで	日間
	合計	日間					
申請・請求額	20,000 円 × 日間 = 0,000 円 ※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 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所				
	普通・当座・貯蓄	口座番号					
	口座名義人	(カキで記入)					

※申請者（ドナー本人）以外の口座には振込みできません。

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に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、又は市長が不相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。

ドナー氏名（自署）

※以下は、記入しないで下さい

添付書類	
<input type="checkbox"/> 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明する書類	
<input type="checkbox"/> 骨髄等の提供に係る通院・入院等をした日を証明する書類	
<input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類	
交付決定額	円
受付番号	
受付日	年 月 日
受付担当者	