

宝塚市骨髄等移植ドナー支援事業申請書

年 月 日

(あて先) 宝塚市長 様

標記の件について宝塚市骨髄等移植ドナー支援事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり助成金の支給を申請します。なお、次のことについて同意及び誓約します(☑をつけてください)

- 市から骨髄バンクへ骨髄等の提供の際の通院・入院又は面談の状況を照会すること
- 市が住民基本台帳等により住民登録の状況を調査すること
- 他の自治体を実施する骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていないこと
- 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

1 申請内容

申請者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			昭和・平成 年 月 日( 歳)	
	住 所	〒 宝塚市		電話 ( )	
骨髄等提供日時 時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上				
骨髄等の提供に係る通院 又は医師等と面談した日	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		
	(計 日間)				
骨髄等の提供に係る入院をした期間	年 月 日から		年 月 日まで		
	(計 日間)				
助成申請額	円 【20,000円×日数(上限20万円)】				

2 請求内容

上記の申請代金は下記の口座に振り込んでください。振込先について私(申請者)の名義でない口座を指定している場合でも、この口座振込をもって支払いの効力が生じることについて異議ありません。

振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協・その他						支店名	本店・支店 出張所	
	口座番号	1 普通 2 当座						口座名義人(カナ)		

3 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
- (2) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談をした日付を証する書面
- (3) 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等の写し
- (4) 身分を証明する書類の写し

以下宝塚市記載欄

受付日	審査	項 目	可否	備考	決定年月日	( <input type="checkbox"/> 助成 ・ <input type="checkbox"/> 不承認 )		
		申請時住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		助成決定額	円		
		提供時住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			課長	係長	担当
		助成歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否					
		提供日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否					
		申請日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否					
		添付書類	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否					
窓口・郵送								