

様式第1号（第5条関係）

尼崎市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

尼崎市長 様

尼崎市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

| | | | |
|------------------------|---|--------|--------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 名前 | | 電話 | |
| 骨髄等提供日時 時点の住所 | 〒 | | |
| 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 | |
| | () 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 | () 日間 | |
| 交付申請金額 | 20,000 円×計 () 日間 = () 0,000 円 ※申請金額は、10 日間・200,000 円が上限です。 | | |

2 請求内容（次の口座への振込を依頼します。）

| | | | | | | | |
|------|-------|--------------------|----------|--------------|----|--|--|
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | | 本店・支店 出張所 | | | |
| | フリガナ | | 預金 種目 | 普通 | 当座 | | |
| | 口座名義人 | | 口座 番号 | | | | |

※ドナー本人以外の口座には振込できません。

3 確認事項

- 私は、他の自治体等が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ません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、通院の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

令和 年 月 日

尼崎市長 様

住所 _____

名前 _____

4 添付書類

- (1) 公益財団法人日本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) 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証する書類
- (3) その他 ()