

年度川口市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）川口市長

川口市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第4条に基づき、次のとおり申請（請求）します。

1 申請（請求）者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
電話番号			
現住所	〒		

2 申請（請求）内容

骨髄等提供日又は骨髄等提供中止日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ（上記の現住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> のみ記入してください。） 〒 川口市		
フリガナ		勤務先電話番号	
勤務先名称			
骨髄等提供日又は骨髄等提供中止日	年 月 日	対象となる通院・面談・入院の日数（上限7日）	日
申請金額（20,000円×対象日数）			円

3 振込先

金融機関名	銀行 信金 農協	支店名	本店 支店
預金種目（○でかこむ）	普通 ・ 当座	口座番号（7桁）	
口座名義（カナ）			

【添付書類】

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書
- (2) 本人確認書類
- (3) 振込先口座情報のわかる通帳の写し

- ・私は、私の所属する企業、団体等のドナー休暇制度の対象ではない部分について本助成金を申請すること及び他の地方公共団体から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を誓約します。
- ・私は、助成金の交付決定に必要な情報について、住民基本台帳、市税の滞納に関する処分状況を確認すること及び勤務先等に問い合わせることに同意します。

年 月 日 署名 _____