

年 月 日

南知多町長 様

南知多町骨髓移植ドナー助成費交付申請書兼請求書（ドナー助成用）

南知多町骨髓移植ドナー助成費の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

|                                                 |                             |     |       |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----|-------|
| フリガナ                                            |                             | 勤務先 | 生年月日  |
| 氏 名                                             |                             |     | 年 月 日 |
| 住 所                                             | 電話 — —                      |     |       |
| 通<br>院<br>等<br>の<br>日<br>数                      | 骨髓等の提供に係る健康診断のための通院日数       |     | 日     |
|                                                 | 自己血貯血のための通院日数               |     | 日     |
|                                                 | 骨髓等の採取のための通院日数              |     | 日     |
|                                                 | その他骨髓等の提供に関し必要な通院、入院及び面接の日数 |     | 日     |
|                                                 | 合計日数                        |     | 日     |
| 申請額及び請求額（上記の合計日数×2万円）<br>※骨髓提供1回につき14万円を限度とします。 |                             |     | 円     |

添付書類 ①公益財団法人日本骨髓バンクが交付する骨髓等の提供に関する証明書

2 確認事項

- ☐ 私は、今回の骨髓等の提供に関し、この助成費以外の助成を受けていません。
- ☐ 私は、交付決定にあたり必要な情報（住民基本台帳、町税等納付状況）の確認に同意します。

申請者署名

3 振込先口座 ※ 申請者本人名義の口座に限ります。

|                       |       |                           |                 |       |
|-----------------------|-------|---------------------------|-----------------|-------|
| 振<br>込<br>先<br>口<br>座 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協<br>信漁連 | 本店・支店<br>支所・出張所 |       |
|                       | フリガナ  |                           | 預金種目            | 当座 普通 |
|                       | 口座名義人 |                           | 口座番号            |       |