

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者
住所
氏名
電話番号

印

龍ヶ崎市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

龍ヶ崎市骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、龍ヶ崎市骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		職業	勤務先 ()
住所	〒 電話番号 () ※日中に連絡の取ることができる電話番号		
日数	健康診断		日
	自己血貯血		日
	骨髓等の採取		日
	その他市長が骨髓等の提供のために必要と認めるもの		日
	合計		日
申請金額	円		

2 振込口座（提供者本人の口座に限ります。）

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	当座 普通
口座名義人		口座番号	

※ 添付書類 事業の実施を証明する書類（(公財)日本骨髓バンクの証明書等）

3 確認事項

- 私は、この助成金以外に骨髓ドナーに係る補助金又は助成金を受けておらず、私の所属する企業・団体等に骨髓ドナーに対する休暇(休業)制度はありません。
- ※ ドナー特別休暇制度やボランティア休暇制度等の運用がある場合は、助成の対象外です（当該制度の適用を受けることができない場合を除く。）。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

自署 _____