

函館市骨髓バンクドナー助成金交付申請書

年 月 日

函 館 市 長 様

申請者

住 所 〒

氏 名

電 話

函館市骨髓バンクドナー助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名			
骨髓等の提供を行った日の住所 (注1)	〒		
骨髓等提供完了日 又は中止日	年 月 日		
骨髓等の提供に係る通院または面談をした日 (注2)	年 月 日, 年 月 日, 年 月 日 年 月 日, 年 月 日, 年 月 日 (計 日間)		
骨髓等の提供に係る入院をした期間 (注2)	年 月 日 ~ 年 月 日 (計 日間)		
申請金額	10,000円 × () 日間 = () 円 ※申請金額は、10日間・100,000円が上限です。		

※注1 最終同意後に骨髓等の提供が中止となった場合においては、最終同意日における住所

※注2 骨髓等の採取およびこれに関連した医療処置によって生じた健康被害に係る通院等および面談をした日の日数を除く

2 誓約, 確認事項

- ・私は、骨髓等の提供に関する他の助成金等（勤務先から支給される手当等を含む。）を受けていないことを誓約します。
- ・私は、申請内容の確認等に必要な場合は、本申請に係る情報の照会および骨髓バンクや医療機関等に対し、通院状況等の照会を行うことについて同意します。
- ・私は、市担当者が市税の納税状況について担当部局に確認することについて同意します。

上記に相違ありません。

年 月 日 (自署) 氏名 _____

3 振込先（申請者本人名義の銀行口座をご記入ください。）

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		
支店名	本店・支店・支所・出張所		
(フリガナ) 口座名義人			
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	

4 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したこと（最終同意後に、骨髄等の提供が中止となった場合においては、最終同意をしたこと）を証明する書類の写し
- (2) 骨髄等の提供に係る通院等および面談をした日を証する書類の写し
- (3) 住民票の写し
- (4) 申請者の本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証など）
- (5) 振込先口座の通帳等の写し
- (6) その他市長が必要と認める書類がある場合は、その書類