

様式第1号（第4条関係）

いちき串木野市骨髓等移植ドナー支援助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

いちき串木野市長 様

申請（請求）者 住 所  
氏 名  
生年月日  
電話番号

次のとおりいちき串木野市骨髓等移植ドナー支援助成金の支給を受けたいので、関係資料を添えて申請します。

1 申請内容

|       |  |
|-------|--|
| 交付申請額 | 円（内訳：20,000円× 日）   |
| 通院日   | 年 月 日・ 年 月 日<br>年 月 日・ 年 月 日<br>年 月 日・ 年 月 日<br>年 月 日 ( ) 日間 |
| 入院期間  | 年 月 日から 年 月 日まで<br>( ) 日間                                    |

2 振込先

|       |                                     |  |  |
|-------|-------------------------------------|--|--|
| 金融機関名 | 銀行・金庫<br>信組・農協<br>漁協・信漁連<br>その他 ( ) | 本店・支店<br>本所・支所<br>出張所・本店営業部<br>その他 ( )<br>※ゆうちょ銀行の場合は、<br>3桁の店番を記入 |  |
| 預金種別  | 普通・当座<br>その他 ( )                    | 口座番号   | -----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>----- |
| フリガナ  |                                     |  |  |
| 口座名義人 |                                     |  |  |

### 3 関係資料

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証する資料
- (2) 骨髄等の提供に係る通院又は入院の日数を確認できる資料

### 4 同意・誓約事項（□に✓をいれてください）

- 申請の審査に当たり、いちき串木野市が住民基本台帳等の確認を行うこと及び必要な調査を行うことに同意します。
- 今回助成金の支給を受けようとする骨髄等の提供について、他の助成金等の支給を受けていません。
- この申請書について、いちき串木野市において支給決定した後は、助成金の請求書として取り扱うことに同意します。
- 申請内容に偽りがあった場合又は相違があり支給要件に該当しなかった場合は、支給済の助成金を返還することに同意します。