

様式第1号(第4条関係)

加西市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

加西市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名

電話番号 ()

加西市骨髄等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、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。なお、審査に際し、必要な情報(住民基本台帳、通院状況等)について市が確認すること及び加西市から兵庫県に対し、市の助成実績に係る情報を提供することに同意します。

1 申請内容

ふりがな			生 年 月 日	
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		年 月 日(歳)	
骨髄等提供日時 時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒			
骨髄等の提供 に係る通院を した日	年 月 日		年 月 日	
	年 月 日		年 月 日	
	計 日間			
骨髄等の提供に 係る入院をした 期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
	計 日間			
申請金額	円(計 日分)			

※対象確認 (済・未)

2 振込先(申請者名義のもの)

金融機関名				金融機関コード				
店 舗 名	本 店 ・ 支 店 出張所			店舗コード				
口 座 番 号					口座種類	普通 ・ 当座		
フリガナ								
口 座 名 義 人								

3 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
- (2) 骨髄等の提供に係る通院又は入院をした日を証する書類