

別記様式（第4条関係）

宍粟市骨髄等移植ドナー支援助成金交付申請書兼振込依頼書

年 月 日

宍 粟 市 長 様

宍粟市骨髄等移植ドナー支援助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第4条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、次のことについて同意します。

- 本申請の審査に必要な範囲で、宍粟市が申請者の住民基本台帳情報を確認すること
- 宍粟市が骨髄バンクに対し、要綱第3条各号に掲げる事項について照会し確認すること
- 以前居住していた自治体に対し、助成その他給付の有無について照会し確認すること

フリガナ		生年月日	
氏 名		電 話	
住 所	〒		
骨髄等提供時点の住所	〒 ※変更ない場合は記載不要		
骨髄等提供日	年 月 日		
骨髄等提供に係る通院又は医師等と面談した日数	年 月 日：	年 月 日	計 日 (A)
骨髄等提供に係る入院をした日数	年 月 日から	年 月 日まで	計 日 (B)
申請の対象日数	(A+Bの日数)		計 日 (C)
助成金交付申請額	(@20,000円×Cの日数) ※上限20万円 円		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 信用組合	
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人 ( )
	口座番号		(左詰記入)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

注) 太枠の中をご記入ください。

口座名義人は申請者の個人名義であること。