様式第１号（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

稲敷市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

稲敷市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

　稲敷市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条の規定に基づき，骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について次のとおり申請（請求）します。なお，市が交付要件の確認のため，市税等の納入状況及び住民登録等を閲覧すること並びに確認が必要な場合において，勤務先，医療機関及び日本骨髄バンク等へ問い合わせることに同意します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生　　　　（　　　　歳） |
| 氏　名 | （男・女） |
| 採取日現在の住所 |  |
| 所属する企業・団体等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ドナー休暇制度 | □なし　　　　　　　□あり　 |
| 採取日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 対象期間 | 　　　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで　　　　　　　　　　　　　　日分　　　　　　　※上限７日分まで |
| 交付申請金額 | １日２０,０００円×（※　　日）＝　　　　　　　円（上限１４０,０００円まで） |

２　請求内容

　○請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　○振込先　　　　次の口座に振込みを依頼します。（提供者本人の口座に限ります。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定口座 | 金融機関名 | 　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　本店・支店　　　　　　　　信用組合・農協　　　　　　出張所 |
| フリガナ |  | 預金種目 | 当座　　　普通 |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

３　添付書類

1. （公財）日本骨髄バンクの証明書の写し②健康保険証の写し③その他必要と認める書類