

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

潮来市長 様

申請者 住 所

氏 名 印

潮来市骨髓移植ドナー助成費交付申請書兼請求書（提供者用）

潮来市骨髓移植ドナー助成費交付要綱第4条の規定に基づき、骨髓移植ドナー助成費の交付について次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ		職 業		生年	昭和・平成
氏 名				月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ( ) ※日中に連絡をとることができる電話番号				
勤務先	所在地				
事業所	事業所名				
日 数	健康診断				日
	自己血貯血				日
	骨髓等の採取				日
	その他市長が骨髓等の提供のために必要と認めるもの				日
	合 計				日
申請金額					円

2 請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）※提供者本人の口座に限る。

振込口座	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	

\*添付書類 事業の実施を証明する書類（（公財）日本骨髓バンクの証明書等）

3 確認事項

- 私は、この助成費以外には、骨髓ドナーに係る助成を受けておらず、私の所属する「企業・団体等」には、骨髓ドナーに対する休暇（休業）制度はありません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

自署 \_\_\_\_\_