

様式第1 (第4条関係)

高浜市骨髄提供者等助成事業補助金交付申請書兼請求書
(骨髄提供者用)

年 月 日

(宛先) 高浜市長

申請者住所.....
(骨髄提供者)
氏名.....印
生年月日.....
電話番号(.....).....

高浜市骨髄提供者等助成事業補助金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、
下記のとおり申請及び請求をします。

記

通院等に要した日 ※勤務先に対して休業日の指定をする場合は、□にチェックを入れ、当該勤務先を記入して下さい。	1	年 月 日 □休業(勤務先.....)	
	2	年 月 日 □休業(勤務先.....)	
	3	年 月 日 □休業(勤務先.....)	
	4	年 月 日 □休業(勤務先.....)	
	5	年 月 日 □休業(勤務先.....)	
	6	年 月 日 □休業(勤務先.....)	
	7	年 月 日 □休業(勤務先.....)	
骨髄等の提供日	年 月 日		
提供日時点の住所	高浜市		
請求金額	日分 円		
振込口座	金融機関名		
	支店名		
	種別	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義		

【確認事項】 □にチェックを入れてください。

- 私は、審査に必要な情報(住民基本台帳等)の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、上記の申請及び請求の内容について、他の地方公共団体が実施する同様の趣旨の補助金等の交付を受けていません。

【添付書類】

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証する書類(通院等の日数が確認できるもの)
- (2) その他 ()