

石狩市骨髓ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

石狩市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

石狩市骨髓ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて
助成金の交付を申請します。

フリガナ ----- 氏 名	-----	生年 月 日	年 月 日生
骨髓等の提供を行った 日(※)の住所	〒		
骨髓等を提供した日 (※)	年 月 日		
骨髓等の提供に係る通 院・面談をした日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	(計 日間)
骨髓等の提供に係る入 院をした期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
申請に係る 同意条項	・私は、骨髓等の提供に関する他の助成金等を受けていません。 ・私は、申請内容の確認等に必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び日本骨髓バンクや医療機関に対し、通院状況等の照会を行うことについて同意します。 (自署) 氏名 _____		
申 請 金 額	10,000円 × () 日間 = 円		
振込先 (申請者名義)	金融機関	銀行・信金	支店
		農協・労金	支所
	口座番号	(普通・当座)	
	フリガナ	-----	
	口座名義	-----	

※骨髓等の提供に関する最終同意を行った後に、提供者の自己都合以外の理由により提供が中止
になった場合は、中止した日