

年 月 日

伊豆の国市骨髄ドナー助成金交付申請書兼請求書 (ドナー用)

伊豆の国市長 宛

住 所
申請者 氏 名
電 話 番 号
印

伊豆の国市骨髄ドナー助成金交付要綱第4の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。なお、市が保有する個人情報に関する調査及び勤務先等に問い合わせることに同意します。

(フリガナ) 氏 名	
生年月日	年 月 日生
勤 務 先	
骨髄を提供した日	年 月 日
対象期間	骨髄等の提供のための通院等の内容
	1 健康診断に係る通院 日 2 自己血採血に係る通院 日 3 骨髄等の採取に係る入院 日 4 その他骨髄バンク又は医療機関が必要と認める通院、入院又は面談 日 通院、入院等の日数 (合計) 日
申請金額	円

【確認事項】

この骨髄等の提供について他の地方公共団体から助成金等を受けていません。

【添付書類】

- 日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類
- 振替先口座の通帳等の写し (カナ名義及び口座番号が確認できる部分)

振替先口座	金融機関	銀行 農協 金庫	支店 支所 出張所
	口座種別	1. 当座 2. 普通	口座番号
	口座名義	フリガナ 氏 名	

令和〇〇年〇〇月〇〇日

伊豆の国市骨髄ドナー助成金交付申請書兼請求書 (ドナー用)

伊豆の国市長 宛

「印」はスタンプ式不可

住所 伊豆の国市四日町〇〇-〇

申請者氏名 伊豆の国 太郎 

電話番号 055-〇〇〇-〇〇〇〇

伊豆の国市骨髄ドナー助成金交付要綱第4の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。なお、市が保有する個人情報に関する調査及び勤務先等に問い合わせることに同意します。

(フリガナ) 氏名	伊豆の国 太郎	西暦表示可
生年月日	昭和 (平成) 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
勤務先	〇〇〇〇株式会社	
骨髄を提供した日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
対象期間	骨髄等の提供のための通院等の内容 1 健康診断に係る通院 2 日 2 自己血採血に係る通院 1 日 3 骨髄等の採取に係る入院 2 日 4 その他骨髄バンク又は医療機関が必要と認める通院、入院又は面談 2 日 通院、入院等の日数 (合計) 7 日	
申請金額	140,000 円	

「申請額」は訂正不可

【確認事項】

- この骨髄等の提供について他の地方公共団体から助成金等を受けていません。

7日 × 20,000円

【添付書類】

- 日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類
- 振替先口座の通帳等の写し (カナ名義及び口座番号が確認できる部分)

申請者と同じ通帳、債権者登録申立書と確認	金融機関	伊豆の国 銀行 農協 金庫 支店 支所 出張所
	口座種別	1. 当座 2. 普通 口座番号 0 1 2 3 4 5 6
	口座名義	フリガナ イズノクニ タロウ 氏名 伊豆の国 太郎