

利府町骨髄バンクドナー助成金支給申請書

年 月 日

利府町長 宛

申請者 住 所
氏 名
電話番号

（日中連絡がとれる電話番号を御記入ください）

利府町骨髄バンクドナー助成事業実施要綱第4条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、町職員が助成金交付の資格確認のため必要な範囲において、住民登録の確認、医療機関等へ聴取することに同意します。

提供者	(フリガナ) 氏 名							生 年 月 日
								年 月 日
	骨髄等の提供日時点の住所	〒						
骨髄等提供日 (中止した場合は中止日)		年 月 日						
骨髄等の提供に係る通院又は医師等と面談した日 (証明する書類を添付すること)		年	月	日		年	月	日
		年	月	日		年	月	日
		年	月	日		年	月	日
		年	月	日				
骨髄等の提供に係る入院期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)						
申請金額		円 (上限140,000円)						
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無						
振込先	金融機関名	銀 行 金 庫 農 協			支店名		本 店 支 店 出張所	
	コード				コード			
	口座の種類	普通・当座			(フリガナ) 口座名義人			
	口座番号							

【添付書類】

- ・骨髄バンクが発行する骨髄等の提供の完了又は中止を証明する書類の写し
- ・通院等をしたこと及び当該通院等をした日を証明する書類の写し