

(宛先) 前橋市長

前橋市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

前橋市骨髄移植ドナー支援事業助成金について、下記のとおり申請及び請求します。

なお、助成の可否を決定するにあたり、私の住民基本台帳情報を確認することに同意します。

記

ふりがな ドナー氏名	生年月日		年 月 日
住 所	前橋市	電話番号	
対象事業	<input type="checkbox"/> 確認検査等に関するコーディネーターからの説明	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 確認検査のための採血	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 骨髄等採取に関するコーディネーターからの最終説明・同意書の作成	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 骨髄等採取前の健康診断	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 骨髄採取時に用いる自己血保存のための採血	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞採取前の顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) の注射	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 骨髄等採取に伴う入院	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 骨髄等採取後の健康診断	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日	
期間	日間	請求金額	円
勤務・所属先 確認事項	1 名称 () 電話番号 () 2 ドナー休暇制度の有無 (有 ・ 無) ※交付審査の際、市が勤務先に問い合わせをする場合があります。		

交付決定額は、下記口座への支払いを依頼します。

金融機関名	銀行・信用金庫		本・支店
	信用組合・農協		支所・出張所
口座 番号	・普通 当座	ふりがな	
	No.	口座名義	

(添付書類) 1 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄提供の証明書

2 完納証明書 (市税に滞納がないことを示す証明書)

3 振込先口座の通帳の写し

※担当者記入欄			
申請受付日	年 月 日	交付・不交付決定日	年 月 日
確認欄	住所 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/>	交付金額	円

