様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

菊池市長　様

菊池市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり、以下の内容に同意の上、菊池市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第７条の規定により、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 |
| 骨髄等採取日　　時点での住所 | 〒　　　　　　　　菊池市 |
| 骨髄等採取日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 対象期間 | 入院　　　　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日　（　　日間） |
| 通院又は面談　　年　　月　　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 |
| 申請金額 | （２万円×　　日=）　金　　　　　　　　　　円（助成限度額20万円） |
| 【同意確認事項】　　□にチェックを付けてください。□菊池市が住民基本台帳による世帯状況や納税状況を確認すること。□菊池市が必要な場合に日本骨髄バンク等関係機関に情報の提供、確認を行うこと。□他の地方公共団体が実施する同様の趣旨の助成等を受けていない。□私は、暴力団員ではありません。 |

【添付書類】

公益財団法人日本骨髄バンクが発行した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）