

様式第1号（第4条関係）

恵庭市骨髄ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

恵庭市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

恵庭市骨髄ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、恵庭市骨髄ドナー助成金を受けて下記のとおり申請します。

1 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日生
氏 名		月日	
骨髄等の提供を行った日の住所	〒		
骨髄等提供完了日 又は中止日	年 月 日		
骨髄等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		
	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		
骨髄等の提供に係る入院をした期間	月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		年
申 請 金 額	円		

2 振込先（申請者本人名義の銀行口座をご記入ください。）

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		
支店名	本店・支店・支所・出張所		
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号（7桁）	

3 添付書類

- ①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、又は最終同意を行った後に、提出者の自己都合以外の理由により提供が中止されたことを証明する書類の写し
- ②上記1申請内容の対象期間欄に記載された期間に通院等を証明するものの写し
- ③振込先口座が確認できる書類（通帳の写し等）
- ④本人確認ができる書類（運転免許証、健康保険証の写し等）