

藤井寺市骨髓等移植ドナー支援補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤井寺市長 様

申請者 住所
 氏名
 補助対象者との続柄 ()
 電話番号

〔申請者は、補助対象者が成年の場合は補助対象者、
 未成年の場合は法定代理人となります。〕

下記のとおり、骨髓等移植ドナー支援補助金を申請します。

なお、市が補助要件（住所等）を住民基本台帳等により確認すること及び診療明細書等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関へ照会することに同意します。

対象者	ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名						
	住所			電話番号	()		
申請内容	骨髓等の提供に係る通院等に要した日	(1) 健康診断に係るもの	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
		(2) 自己血貯血に係るもの	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
		(3) 骨髓等の採取に係るもの	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
		(4) 骨髓バンク又は医療機関が必要と認めるもの	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
		合計	日間				
	骨髓等提供日	年 月 日					
申請・請求額	20,000円 × () 日間 = () 円 ※申請・請求額は7日間、140,000円が上限です。						
添付書類	<input type="checkbox"/> 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類 <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に係る通院等をしたこと及び当該通院等をした日を証する書類 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の通帳又はカードの写し						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協			支店名	本店・支店 出張所	
	口座番号	普通 当座				口座名義人 (申請者と同じ)	カナ 氏名