

倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金交付申請書（ドナー用）

令和 XX 年 XX 月 XX 日

倉敷市長 あて

〒 710-0123

住所 倉敷市 XXXXX

申請者

昼間連絡のつく電話番号を記入してください。

氏名 倉敷 太郎

(TEL 090-1234-5678)

倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ	クラシキ タロウ		生年	昭和	XX年XX月XX日
氏名	倉敷 太郎		年月日	平成 令和	
骨髄等提供日における住所	上記に同じ ・倉敷市				
骨髄等提供日	令和 XX 年 XX 月 XX 日				
対象期間	通院	令和 XX 年 XX 月 XX 日			
		令和 XX 年 XX 月 XX 日			
		令和 XX 年 XX 月 XX 日			
		令和 XX 年 XX 月 XX 日			
		令和 XX 年 XX 月 XX 日			
	入院	令和 XX 年 XX 月 XX 日 ～ 令和 XX 年 XX 月 XX 日			
申請金額	5,000円× 5 日 20,000円× 4 日		合計	105,000 円 (※限度額 105,000 円)	

チェックしてください

《確認事項》（口にチェック（☑）してください。）

- 申請に伴い、市が私の住民登録について調査することに同意します。
 この申請と対象を同じくする助成金を他の自治体等に申請していません。

《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等の提供を行ったことを証する書類（上記「対象期間」欄に記載された期間における通院・入院を証明するもの）
② 請求書（ドナー用）

※【倉敷市記入欄】

助成決定額

円

倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金請求書（ドナー用）

令和 年 月 日
記入しないでください。

倉敷市長 あて

住所 倉敷市XXXXX

次の金額を請求します。

申請書と同じ住所、氏名を記入してください

氏名 倉敷 太郎

請求金額	記入しないでください。	円
------	-------------	---

内訳：倉敷市骨髄・末梢血幹細胞ドナー等助成金

(振込口座)

金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 〇〇〇 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通（総合） <input type="checkbox"/> 当座
店舗名	△△△ <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義 (カタカナ)	※助成金交付申請者名と一致させてください。カタカナで御記入ください。 クラシキ タロウ		

請求書に不備がある場合は、書き直してください