

神埼市骨髄等移植支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

神埼市長 様

(申請者) 住 所 神埼市  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 助成対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 (日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

神埼市骨髄移植等支援事業補助金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

補助対象者	氏 名	㊟		
	住 所			
	生年月日	年	月	日生 ( 歳)
補助対象日数	日	通院・入院	年 月 日	～ 年 月 日
		通院・入院	年 月 日	～ 年 月 日
		通院・入院	年 月 日	～ 年 月 日
		通院・入院	年 月 日	～ 年 月 日
		通院・入院	年 月 日	～ 年 月 日
		「通院・入院」は、該当を○で囲んでください。		
交付申請額	※補助対象日数に 20,000 円を乗じた額 (上限 140,000 円) 円			
振込口座	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			
確認事項 (確認後、□に チェック)	<input type="checkbox"/> 骨髄等の提供に係る他の助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳の確認に同意します。 <input type="checkbox"/> 入院、通院の状況等を医療機関、骨髄バンク等への調査に同意します。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類 <input type="checkbox"/> 骨髄等を提供するために要した通院及び入院等が分かる書類 <input type="checkbox"/> 住民票 (住民基本台帳の確認に同意いただけない場合のみ必要) <input type="checkbox"/> その他市長が認めるもの			