様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

　　古河市長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（請求者）　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）

骨髄等移植ドナー助成費交付申請書兼請求書

　　古河市骨髄等移植ドナー助成費交付要綱第４条の規定に基づき、骨髄等移植ドナー助成費の交付について次のとおり申請（請求）します。なお、古河市が助成費を次の金融機関の口座に振り込んだときは、受領したものと認めます。

　１　申請内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 職業 |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  | 勤務先（　　　　　） | 　　年　月　日生 |
| 住所 | 〒電話　　　（　　　）　　　　　　　　　　※日中に連絡を取ることができる電話番号 |
| 日数 | 健康診断のための通院 | 日 |
| 自己血貯血のための通院 | 日 |
| 骨髄等の採取のための入院 | 日 |
| その他骨髄等の提供に関し必要と認める通院、入院又は面接 | 日 |
| 合計 | 日 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

　２　請求内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 | 　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　本店・支店 |
| 　　　　　　　　信用組合・農協　　　　　　　　出張所 |
| フリガナ |  | 預金種目 |  |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

　　※添付書類　事業の実施を証明する書類（（公財）日本骨髄バンクの証明書の写し、健康保険証の写しその他必要と認める書類等）

　３　確認事項

　　□　私は、この助成費以外には、骨髄等ドナーに係る助成を受けていません。

　　□　私は、骨髄ドナー休暇制度を設ける企業、団体等に所属していません。

　　□　私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署又は記名押印）