

都留市長 様

関係書類を添えて、次のとおり骨髓等移植ドナー助成を申請します。
なお、つぎのことについて同意します。

- ☐ 骨髓等の提供に係る休暇制度を設けている企業、団体等に属していません。
- ☐ 制度要件確認のため、市が住民基本台帳の閲覧及び休暇制度の有無を勤務先等に確認することに同意します。
- ☐ 他の自治体が実施する骨髓等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- ☐ 同一の世帯の中に都留市暴力団排除条例に規定する暴力団員はいません。

申請者	フリガナ		生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日 (歳)		
	住 所	〒	電話 ()		
助成対象者	※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。				
	フリガナ		生 年 月 日		
	氏 名	(続柄)	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒	電話 ()		
骨 髄 等 採 取 日		年 月 日			
申請金額		円 (20,000 円 × 日分)		上限 14 万円 (7 日分)	

振込先

金融機関名	店	銀行 ・ 信用金庫			本店 ・ 支	
		信用組合 ・ 農協			出張所	
フリガナ		預金	普通	口座		
口座名義		種目	当座	番号		

勤務先等

勤務先名称 部署等	勤務先電話番号
-----------	---------

添付書類（必須）

- (1) 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証明する書類
- (2) 骨髓等の提供に係る通院又は入院した日を証明する書類
- (3) 振込先の口座の通帳等の写し（カナ名義及び口座番号が確認できるもの。）