

草加市長

宛て

申請者 住 所

氏 名

印

電 話 番 号

FAX 番 号

草加市骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

私の勤務先には有給のドナー休暇の取得制度がなく、  
 私の勤務先のドナー休暇の取得制度においては、草加市骨髄移植ドナー助成事業実施要綱第3条第（1・2・3・4・5・6）号に掲げる（通院・入院）はドナー休暇の対象ではなく、  
 ※いずれかにを付け、該当箇所に○をお願いします。

また、骨髄等の提供に関する他の助成金等の交付を受けていませんので、草加市骨髄ドナー助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、骨髄移植ドナー助成金の交付を受けたく次のとおり申請（請求）します。なお、申請（請求）の内容について、市が保有する個人情報を見ることが及び必要に応じて公益財団法人日本骨髄バンクへ問い合わせることに同意します。

1 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日
氏 名		月 日	生
骨髄等事業完了日 時点での住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（上記の申請者住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> のみ記入してください。） 〒		
申請金額	円		
対象期間	（計 日分） ※提供に要した通院・入院等の日付を記入してください。		

- \*添付書類 1. 骨髄等の提供が完了したことを証明する書類  
 {(公財)日本骨髄バンクが発行する証明書等}  
 2. 健康保険証の写し

2 請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）

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	当座 普通
	口座名義人	口座番号	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、次の委任欄に記名・押印してください。

私は、上記口座名義人 \_\_\_\_\_ に、草加市骨髄移植ドナー助成金の受取を委任します。

年 月 日 申請者（請求者）氏名 印