第１号様式（第４条関係）

　（ドナー用）

日進市骨髄バンクドナー等助成金交付申請・請求書

　　　年　　　月　　　日

日進市長　あて

　　　　　　　　　申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　印

生年月日

電話番号

日進市骨髄バンクドナー等助成金交付要綱第４条第１項の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金、奨励金等の交付を受けていません。

また、審査に必要な情報（住民基本台帳）の確認に同意します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請額及び申請日数 | 金　　　　　　　　　円　　（　計　　　　日分　） | | |
| 骨髄等の提供日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 提供日時点の勤務先  ※複数の勤務先がある  場合は一つを指定 | （事業所名）  （所 在 地） | | |
| 提供日時点の住所  ※上記住所と異なる  場合のみ記入 | 〒 | | |
| 振込先  金融機関名 | 銀行･信用金庫  農業協同組合 | | 本店  支店･出張所 |
| 口座番号 | 普通・当座 | 番号 | |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

※振込先の口座名義人を申請者本人以外の方とする場合は、次の委任状に記入と押印が必要です。

|  |
| --- |
| 委任状  申請者（委任者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  私は、上記助成金の受領に関することを以下の者に委任します。  受任者　住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者との続柄） |

２　添付書類

（１）骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を証する書類（通院等の日数が確認できるもの）

（２）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）