

第1号様式（第4条関係）

（ドナー用）

日進市骨髓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

日進市骨髓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) 骨髓バンクが発行する骨髓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（ _____ ）