

泉大津市骨髓バンクドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（事業所用）

泉大津市長

泉大津市骨髓バンクドナー支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり必要書類を添えて金の交付を申請（請求）します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

申請者 所在地
 事業所名
 代表者職氏名 印
 電話番号

1. 申請・請求内容

ドナー	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
	骨髓等提供日		年 月 日	
申請金額		10,000円 ×	日 =	円（上限7万円）

2. 確認事項（必ずご確認の上、□にチェックを入れてください）

- 当該事業所は、国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人及び国立大学法人ではありません。
- 当該事業所は、上記骨髓等の提供について、他の地方公共団体等から本助成金と同目的の補助を受けておらず、今後も受けません。
- ドナーが指定している事業所です（一か所のみ）。

3. 振込先

金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協		支店 出張所名	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	フリガナ		
		口座名義		
口座番号				(右詰めで記入してください)

市記入欄

担当者	証明書	口座確認	支給・不支給



泉大津市骨髄バンクドナー支援事業助成金の交付申請について

* 令和6年4月1日以降の日に骨髄等の採取が行われた場合における当該採取のための通院等について適用されます。

* 骨髄等の提供日から1年以内に必要書類を添えてお申し込みください。

【申請に必要な書類】

- 1 申請書件請求書（様式第2号）
- 2 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類
- 3 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通院等を証する書類
- 4 雇用証明書兼ドナー休暇等取得証明書（様式第3号）
- 5 助成金を受け取る口座の預金通帳の写し又は口座の情報が確認できる書類
- 6 その他市長が必要と認める書類

【記入にあたって】

- 1 助成対象日数は、次の(1)から(4)に定める骨髄等提供に係る通院、入院及び面談の日数となります。ただし、骨髄等の採取のための手術及びこれに関連した医療処置によって生じた健康被害のための通院、入院及び面談は対象外です。
 - (1) 健康診断のための通院
 - (2) 自己血貯血のための通院
 - (3) 骨髄等の採取のための入院（これに係る医師等との面談を含む。）
 - (4) その他骨髄等の提供に必要な通入院等であって骨髄バンク又は医療機関が必要と認めるもの
- 2 助成金を受け取る口座の情報が確認できる書類は、キャッシュカードのコピー又はインターネットバンキングの画面コピーなど、金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義（カナ）がわかるものを添付してください。