

年 月 日

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 ドナー支援事業助成金の交付について必要書類を添えて申請しますので、指定口座への振込を依頼します。

なお、助成金の交付決定に当たり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、診療明細書等の閲覧及び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、また、本申請書及び請求書は、市において助成金を交付することを決定した後は、交付決定日を助成金の請求日とした請求書として取り扱うことに同意します。

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)	