様式第１号

大牟田市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

大牟田市長

申請者　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大牟田市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

大牟田市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第５条の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

１　申請内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日  （　　　　　　歳） |
| 氏　　　　　　名 |  | | |
| ①　申請金額 | | 円　（対象日数　　　　　　　日） | | | | |
| ②　骨髄等の提供を完了した  日及びその日の住所 | | 完了日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 住所 |  | | | |
| ③　骨髄等の提供に係る通院  又は医師等との面談日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 年　　　　月　　　　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| ④　骨髄等の採取に係る入院  期間 | | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　（　　　　日間） | | | | |
| 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　（　　　　日間） | | | | |
| ⑤　その他（　　　　　　　　　　　） | | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　（　　　　日間） | | | | |
| ⑥　上記のうち休日 | |  | | | | |
| ⑦　ドナー休暇利用日 | |  | | | | |

※　対象日数は、③、④、⑤の合計日数から、⑥、⑦の合計日数を減じた日数を記入してください。

※　申請金額は、対象日数に２万円を乗じた額（上限２０万円）を記入してください。

２　請求内容　（次の口座への振込みを依頼します。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | 支店名 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | 預金種目 | 普通　　・　　当座 | | | | | | |
| 口座名義 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※　提供者本人以外の口座には振込みできません。

３　確認事項　（□にチェック☑を入れてください。）

　□　私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、市税等の納付、通院等の状況等）の確認及び調査に同意します。

　□　私は、大牟田市暴力団排除条例（平成２２年条例第９号）第２条第２号に規定する暴力団員ではありません。市が必要な場合は、警察に照会することに同意します。

　□　私は、他の法令等による同種同類の助成金等の交付を受けていません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　署名

４　添付書類

（１）　公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行った事を証する書類

（２）　骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談した日を証する書類

（３）　申請者が属する企業・団体等が発行する以下の内容を証する書類

　　　① 対象期間中の申請者の休日

　　　② 対象期間中に申請者がドナー休暇を取得した日

（４）　振込先口座が確認できるものの写し

（５）　その他市長が必要と認める書類