様式第１号（第４条関係）

　　　　年　　月　　　日

多久市長　　　　　　　様

申請者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

助成対象者との続柄（本人・扶養者）

電話番号　　　　（　　　）

多久市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

多久市骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、多久市骨髄移植ドナー支援事業実施要綱第４条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 | 多久市　　多久町 |
| 助成対象日数 | 日 | 通院・入院等の期間 | 　年　月　日～　　年　月　日まで |
| 　年　月　日～　　年　月　日まで |
| 　年　月　日～　　年　月　日まで |
| 　年　月　日～　　年　月　日まで |
| 　年　月　日～　　年　月　日まで |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫農協・組合 | 本店・支店・本所支所・出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義 |  |
|  |

添付書類

1. 財団が発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類
2. 骨髄等を提供するために要した通院及び入院等が分かる書類