

茨木市骨髓等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（申請先）茨木市長

申請者	現住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日 年 月 日
	電話番号

次のとおり、茨木市骨髓等移植ドナー助成金の交付を関係書類を添えて申請し、及び請求します。
 なお、申請内容の確認のために、私の住民登録の状況及び市税の納税状況について、市長が関係機関に照会することに同意します。

申請内容	骨髓等の採取日における住所 (<input checked="" type="checkbox"/> 印又は記入)	<input type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と異なる（以下に記入） 茨木市			
	骨髓等の採取日	年 月 日			
	骨髓等の提供に係る通院等に要した日	(1) 健康診断のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	日間
		(2) 自己血貯血のための通院	年 月 日から	年 月 日まで	日間
		(3) 骨髓等の採取のための入院	年 月 日から	年 月 日まで	日間
		(4) 必要と認める通院、入院又は面談 <small>骨髓バンク又は医療機関が</small>	年 月 日から	年 月 日まで	日間
		合計			
	有給のドナー休暇 制度対象日数	日間 …②			
	申請・請求額	20,000円 × () 日間 (① - ②) = () 円 ※申請・請求額は7日間、140,000円が上限です。			
	添付書類	<input type="checkbox"/> 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類 <input type="checkbox"/> 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供に係る通院等を証する書類 <input type="checkbox"/> 振込先口座情報が確認できる通帳やキャッシュカードの写し			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 出張所
	口座番号	普通 当座	口座名義人 (申請者と同じ)	カナ 氏名	

確認事項（必ず確認の上、□にレを入れてください。）

上記骨髓等の提供について、国又は他の地方公共団体等が実施する助成は受けていません。