

年 月 日

(宛先) 河内長野市長

(申請者) 住所

フリガナ

氏名

電話番号

河内長野市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

河内長野市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付について、河内長野市骨髄等移植ドナー支援事業実施要綱第4条の規定により、必要書類を添えて下記のとおり申請します
また、交付決定後、下記の口座に振り込むよう依頼します。

記

1. 申請内容

骨髄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	日間
	(2) 自己血貯血のための通院	年	月	日から	年	月	日	日間
	(3) 骨髄等の採取のための入院	年	月	日から	年	月	日	日間
	(4) 骨髄バンク又は医療機関が必要と認める通院等	年	月	日から	年	月	日	日間
	合計	() 日間※						
骨髄等提供日	年 月 日							
申請金額	20,000円× 日分＝金 円 ※申込金額は、7日間・140,000円が上限です。							

※健康診断や自己血貯血等を同日に行った場合は、合計日数は実日数となります。

2. 振込口座

河内長野市から受ける支払金は、下記の預金口座へ振込の方法によりお支払いください。
また、申請者と口座名義が異なる場合には、下記の口座名義人を代理人とし、下記指定
口座への振込をもって河内長野市からの支払金の受領と認めます。

金融機関名	銀行・信金 信組・農協		金融機関 コード						
支店名			支 店 コード						
預金種目	普通・当座	口座番号							
口座名義人（カナ）	※カタカナで記載してください。								

(裏面もご確認ください。)

(裏)

3. 確認事項（確認のうえ、☒をいれてください。）

☐私は、同一の骨髄等の提供について、国、他の地方公共団体又はこれに準ずる団体からの助成等を受けておらず、今後も受けません。

☐偽りその他不正な手段で助成金の交付を受けたとき、又は市長が不適當と認めた場合は、交付された助成金を河内長野市に返還します。

☐私は、住民基本台帳、通院等の状況等審査に必要な情報の提供、確認及び調査に同意します。

署名_____

4. 添付書類

(1) 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

(2) 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通院等をしたこと及び当該通院等をした日を証する書類

(3) その他市長が必要と認める書類