

年 月 日

沼田市長 様

申請者 住所  
氏名 (印)  
電話番号 ( )

沼田市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

沼田市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ		生年	昭和	年	月	日生
ドナー氏名	(印)	月日	平成			
ドナー住所	〒					
申請金額	円	最終同意日	年	月	日	
骨髄等の提供に係る通院など	年	月	日	年	月	日
	年	月	日	年	月	日
骨髄等の提供に係る入院をした期間	年	月	日	から	年	月
				日まで	( 日間)	日
						合計

2 請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所		
	フリガナ	預金種目	普通	当座		
	口座名義人	口座番号				

※口座名義人が申請者と異なる場合は、続柄を記入してください。（続柄： ）

3 確認事項

- 私は、他の自治体等が実施する骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、市税等の納付状況、通院等の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

署名 \_\_\_\_\_

- 私は、沼田市暴力団排除条例に規定する暴力団員等ではありません。
- ドナー休暇制度を設けている企業・団体への所属（有・無）

※ドナー休暇制度について、所属する企業・団体等へ確認する場合があります。

所属している企業・団体について	名 称	
	住 所	〒
	電話番号	( )

◎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ことを証する書類
- (2) 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 ( )

※沼田市処理欄

申請受付日	年 月 日	交付・不交付決定日	年 月 日
確認欄	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 納税	交付金額	円