様式第1号（第4条関係）

直方市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

直方市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（提供者等） | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 電話番号 |  |

直方市骨髄等移植ドナー助成金交付要網第4条の規定により関係書類を添えて申請（請求）します。

１　申請内容

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 金 額 | 円　（対象日数　　　日） |
| 交 付 対 象 日 | ①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 |
| 年　　 月　 　日 | 年　　 月　 　日 |
| ②骨髄等の採取に係る入院期間 | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| ③上記のうち休日 |  |
| ④ドナー休暇利用日 |  |
| 骨髄等の提供を完了（中止）した日 |  |
| 勤務先等 | １ 会社員　　　２ 自営業　　　３ その他（ 　　　　　　　　　　）・勤務先等名称【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 】・勤務先等のドナー休暇制度【　有り　・　無し　】 |

※対象日数は、①、②の合計日数から、③、④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２万円を乗じた金額（上限額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 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |

※提供者等本人以外の口座には振込できません。

３　確認事項　□にチェックを入れて下さい

* 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、市税の納付、入院・通院等の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。
* 私は、直方市暴力団等追放推進条例(平成20年直方市条例第20号)第2条に規定する暴力団員及び暴力団関係者ではありません。
* 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(本人)

**【添付書類】**

⑴　骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通院、入院又は医師等との面談を行ったことを証する書類

⑵　その他市長が必要と認める書類（提出を求められた場合のみ）