

# 記入例

申請は提供を行った日から1年以内です。

骨髄移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

平成〇〇年〇月〇〇日

ふじみ野市長 宛て

住所 ふじみ野市福岡1-1-1

申請者 氏名 ふじみ野 太郎 (印)  
(自署又は記名押印)

電話番号 090-xxxx-xxxx

ふじみ野市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を受けたく次のとおり申請（請求）します。なお、申請内容についてふじみ野市が保有する個人情報を見学・調査することに同意します。

フリガナ	ふじみの たろう		生			
氏名	ふじみ野 太郎		年月	昭和 57年4月2日生		
住所	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1		申請できるのは、 平成26年4月1日以降に骨髄等の提供を行った方です。 助成額は骨髄等の提供に係る通院・入院1日につき2万円（上限は14万円）です。			
申請金額	140,000 円					
勤務先	有限会社フクオカ		ドナー休暇の有無		有・無 (無)	
対象期間	平成〇〇年 Δ月 Δ日から 平成〇〇年 Δ月 ×日まで ( 7 日分)					
振込口座	金融機関名	ふじみ野 (銀行)・信用金庫		本店・支店 (支店)		
	フリガナ	フジミノ タロウ		出張所		
	口座名義人	ふじみ野 太郎		預金種目	当座 (普通)	
		口座番号	0 1 2 3 4 5 6			

\*添付書類 事業の実施を証明する書類（(公財)日本骨髄バンクが発行する証

被接種者（接種を受けた方）ご本人名義の銀行口座をご記入ください。ゆうちょ銀行の店名、店番、口座番号が不明な場合は、ゆうちょ銀行窓口で振込用の店名、店番、口座番号を通帳に印字してもらってください。