様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

ひたちなか市長　　　　　　様

申請者

住所

氏名

令和６年度ひたちなか市骨髄移植ドナー助成金交付申請書

ひたちなか市骨髄移植ドナー助成金の交付について，令和６年度ひたちなか市骨髄移植ドナー助成金交付要綱第４条の規定により，次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　 年 　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　（　　　）　　　　　※日中に連絡をとることができる電話番号 |
| 職業 |  | 勤務先 | 電話番号　　　（　　　） |
| ドナー休暇制度　□あり　□なし（なしの場合は日数欄を記入してください。）　　　 |
| 日数 | 健康診断　　　　　　　　　　　　　　　　 | 日 |
| 自己血貯血 | 日 |
| 骨髄等の採取 | 日 |
| その他骨髄バンクが骨髄等の提供のために必要と認めるもの | 日 |
| 合計（上限７日まで） | 日 |
| 申請金額 | ２０，０００円＋１日２０，０００円×（※　　日）＝　　　　　　　　円（※日数はドナー休暇制度がない方のみ記入してください。） |

２　振込口座（提供者本人の口座に限る。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 当座・普通 |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

添付書類　骨髄等の提供を完了したことを証明する書類（（公財）日本骨髄バンクの証明書等）

同意欄

　私は，上記の助成金の交付手続に関して次の事項について同意します。

・市が保有する住民基本台帳等の情報を必要に応じて利用し，又は提供を受けること。

・市が勤務先にドナー休暇制度の有無について必要に応じて問合せをすること。

　　　　　　　　　　氏名

（本人が自署しない場合は，記名押印してください。）