

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

さつま町長 殿

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

さつま町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

さつま町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条に基づき下記のとおり申請及び請求します。

記

1 申請内容

交付申請額	円 (内訳) 20,000 円×計 () 日間
骨髓等の採取日時点の住所	☐ 現住所と同じ
骨髓等の提供に係る通院日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 () 日間 年 月 日 年 月 日
骨髓等の提供に係る入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 () 日間

※交付申請額は、7日間で140,000円が上限額です。

2 振込先（申請者本人名義の口座をご記入ください。）

振込先	金融機関名	銀行 金庫 本店 出張所 農協 組合 支店 代理店		
	口座の種類	普通・当座・()	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

3 添付書類

- (1) 骨髓バンクが発行する骨髓等提供の証明書
- (2) 助成金の振込先の口座情報を証明する書類等の写し
- (3) 運転免許証、マイナンバーカード等の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類