

守口市骨髄バンクドナー助成金申請書

守口市長 殿

年 月 日

守口市骨髄バンクドナー支援事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて、助成金の交付を下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

申込者

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

1. 申込内容

骨髄等の提供に係る通院等に要した日	(1)健康診断のための通院	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(2)自己血貯血のための通院	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(3)骨髄等の採取のための通院	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(4)骨髄バンク又は医療機関が必要と認める通院、入院又は面談	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	合 計	() 日間	
骨髄等提供日	年 月 日		
申込金額	20,000 円 × () 日間 = () 0,000 円 ※申込金額は、7 日間・140,000 円が上限です。		

2. 確認事項 (必ず確認のうえ、□にレをいれてください。)

- 私は、上記骨髄等の提供について、他の地方公共団体等から本助成金と同目的の補助を受けておらず、今後も受けません。