別記様式第１号（４条関係）

妙高市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年 　月　 日

（宛先）妙高市長

申請者 住 　所

氏 　名 印

電話番号

次のとおり妙高市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付を申請します。

１　申請内容

|  |  |
| --- | --- |
| 通院日数 | 日 |
| 入院日数 | 日 |
| 申請金額 | 円 |

※　申請金額については、ドナー特別休暇制度がある事業所等に勤務するドナーは、１日当たり１万円 （申請金額の上限は７万円）、それ以外のドナーは、１日当たり２万円（申請金額の上限は１４万円）となります。

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　本店 ・支店  信用組合・農協　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 種　別 | 普通　・　当座 | | | | | | |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

３　添付書類

（１）　公益財団法人日本骨髄バンクが発行する通院等の日数及び骨髄等の提供の完了を証する書類の写し

（２）　その他市長が必要と認める書類