

吹田市骨髓バンク ドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

吹 田 市 長 宛

（申請者） 現 住 所

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

電 話 番 号

吹田市骨髓バンク ドナー助成金の交付について、吹田市骨髓バンク ドナー助成金交付要領第 4 条の規定により、次のとおり必要書類を添えて助成金を申請します。また、助成金の交付が決定された場合は、当該助成金を請求します。

1 申請内容 ※ 7 日間・140,000 円が上限

骨髓等の提供が完了した日の住所 (☒ 印又は記入)	☐ 上記申請者の現住所と同じ ☐ 上記申請者の現住所と異なる (以下に記入) 吹田市 _____
骨髓等の提供に係る通入院等に要した日	() 日間
骨 髄 等 提 供 日	年 月 日
申 請 金 額	日間 × 2 万円 = 金 ____ 0, 0 0 0 円※

2 同意・誓約事項 (必ず確認のうえ、□にレを記入してください)。

- ☐ 吹田市が審査に必要な情報（住民基本台帳・市税等）を関係機関に照会すること及び関係機関がこの照会について回答することに同意します。
- ☐ 私を雇用する事業所が本助成金の交付を申請する場合において、私が提出した骨髓バンク発行書類が利用されることについて同意します。
- ☐ 国、他の地方公共団体等が実施する同種同類の助成金等を受けておらず、今後も受けません。
- ☐ 市税に滞納はありません。
- ☐ 暴力団員又は暴力団密接関係者ではありません。
- ☐ 偽りその他不正な手段で助成金の交付を受けたとき、又は市長が不適当と認めたときは、交付された助成金を吹田市に返還します。

3 振込先

振込先	銀行・信用金庫		本店・支店				
	信用組合・農協		出張所				
	預金種別	口座番号（右詰めで記入してください。）					
	普通 当座						
	フリガナ						
	口座名義人						
記入内容に軽微な誤り（金額誤りは除く）があった場合は、吹田市が訂正することに同意します。		申請者署名欄 _____					

(吹田市記入欄： 字抹消 字加入)

※申込者（ドナー本人）以外の口座には振込みできません。
※生活保護受給者については、本助成は収入認定の対象となります。