様式第１号（第５関係）

　　年　　月　　日

　北上市長　様

申請者（受診者）　住　所

氏　名

連絡先

北上市骨髄ドナー支援助成金交付申請書兼請求書（骨髄ドナー用）

　　　年度北上市骨髄ドナー支援助成金の交付を受けたいので、北上市骨髄ドナー支援助成金事業実施要綱第５の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 | 名称  所在 |
| 採取完了日時点の住所 | 〒　　－ |
| 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談に要した日数 | 日 |
| 申請（請求）金額 | 円 |

確認事項

□私は、他の制度による骨髄等の提供に係る補助等を受けていません。

□私は、市が審査に必要な情報（住民基本台帳、市税の滞納の有無、通院等の状況、勤務先への問合せ）を確認、調査することに同意します。

◆下記の欄内に振込先口座をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （口座名義人） |  | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒　　－ | | | | | | | | |
| 金　融  機　関 | 銀　行  農　協  金　庫 | | | | | 支　店  支　所  出張所 | | | |
| ゆうちょ　　銀　行 | | | | | 店　名  店　番 | | | |
| 口座種別 | 普通預金（総合口座含む）　・　当座預金 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  | |  |  | 右詰め |