

様式第1号(第4条関係)

山口市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宛先 山口市長

申請者 氏

住所

ふりがな
氏名_____

(※)

(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。

生年月日 年 月 日

電話 () -

山口市骨髄等移植ドナー支援助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

通院日数	日	合計日数
入院日数	日(年 月 日～ 年 月 日)	日
申請金額	円 (1日2万円、限度額14万円)	
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 本店 農業協同組合 支店
	口座種別	普通・当座 口座番号
	フリガナ 口座名義人	

【添付書類】本申請書と一緒に提出してください。

- 骨髄等の採取が完了したこと、及び当該骨髄等の採取に係る通院又は入院の日数を証する「公益財団法人日本骨髄バンク」が発行する書類の写し
- 住民票など住所を確認できるもの
- その他市長が必要と認める書類

※ 要綱第3条第2項の通院等の最終日の翌日から1年以内に申請してください。