

第1号様式（第4条関係）

上越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）

（宛先）上越市長

令和 年 月 日
〒

申請者 住 所
氏 名
電話番号

（署名の場合は押印不要）

次のとおり上越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（申請金額の上限額は7万円）、それ以外のドナーは、1日当たり2万円（申請金額の上限額は14万円）となります。

2 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 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骨髄等の提供のための通院又は入院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