

第1号様式（第4条関係）

（宛先）厚木市長

年 月 日

厚木市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

住所

申請者 氏名

電話

厚木市骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

なお、市が保有する個人情報に関する調査及び勤務先等に問い合わせることに同意します。

生年月日	年 月 日 （ 歳）		
勤務先	電話（ ）		
対象期間	骨髄等の提供のための通院等の内容 1 健康診断に係る通院 日 2 自己血採血に係る通院 日 3 骨髄等の採取に係る入院 日 4 骨髄バンクが必要と認める通院、入院 日 ※7日が上限となります。		
骨髄等を 提供した日	年 月 日	申請金額	円

添付書類

- 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証する書類
- 健康保険証の写し
- その他（ ）

振込先口座	金融機関	銀行 支店		
		農協 支所		
		金庫 出張所		
	口座	1.普通 2.当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ		
		氏名		

【厚木市処理欄】（※以下は記入しないでください。）

次のとおり決定します。

助成決定額（請求額）	円	受 付
助成決定年月日（請求日）	年 月 日	