

第 1 号様式（第 6 条関係）

熊本市骨髄等移植ドナー助成金交付申込書

年 月 日

熊本市長 （宛）

申込者 住所

氏名

電話番号

熊本市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申込します。

フリガナ 氏 名	
生年月日	年 月 日生
骨髄等採取日時点 での住所	〒
骨髄等採取完了日 （入院した場合は 退院日）	年 月 日
対象期間	入院 年 月 日から 年 月 日（ 日間）
	通院又は面談 年 月 日、 年 月 日 年 月 日、 年 月 日 年 月 日、 年 月 日
申請金額	（2 万円× ____ 日＝） ¥ 円（助成限度額 14 万円）

- 【確認事項】 ☐に✓チェックを付けてください。
- ☐ 私は、本申込の内容について、他の地方公共団体が実施する同様の趣旨の助成等を受けていません。
- ☐ 私は、市税を滞納していません。
- ☐ 私は、熊本市暴力団排除条例（平成 2 3 年条例第 9 4 号）第 2 条第 1 号から第 3 号までの規定に該当しません。
- ☐ 私は、本申込書の内容について、熊本市が必要な場合に日本骨髄バンク、警察等の関係機関に情報の提供、確認及び調査することに同意します。

【添付書類】

- 1 公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供を証する書類（通院等の日数が確認できるもの）
- 2 市税滞納有無調査承諾書（第2号様式）
- 3 住民票の写し（個人番号が記載されていないものに限る）
- 4 その他市長が必要と認める書類